

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Avril 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ernest HUBER

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

LICENCIÉ ES SCIENCES

Né à Berne (Suisse) le 2 juin 1875.



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Avril 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

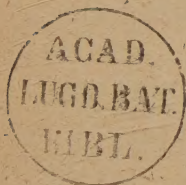
PAR

Ernest HUBER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

Né à Berne (Suisse) le 2 juin 1875



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT.	ASSESSEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET,
MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PIERRET.
Physique médicale	WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique	POLLOSSON A.
Chimie organique et Toxicologie.	GILIART.
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Anatomie	HUGOUNENQ
Anatomie générale et Histologie	CAZENEUVE.
Physiologie.	BEAUVISAGE
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée	COLLET.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, cours complémentaire	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Hygiène administrative	LESIEUR, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
SAMBUG.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.).	GAYET.	Et. MARTIN.	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ;
M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ; MM. GAYET et PATEL, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible hommage de ma reconnaissance et de mon éternelle affection.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CÉSAR ROUX

A MES AMIS

AU DOCTEUR ADOLPHE PASTEUR

Qui nous combla toujours des bienfaits de sa science et de son dévouement.

A MON VIEIL AMI JEAN-JACQUES MONNIER,

Professeur d'histoire à l'Ecole secondaire des Jeunes Filles à Genève

A LA MÉMOIRE DU D^r CHARLES KOEUNE

A MES MAITRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DANS LES HOPITAUX DE LYON

Externat :

Feux les Professeurs OLLIER ET GAILLETON.

M. le Professeur ROLLET.

M. le Professeur AUGUSTE POLLOSSON.

A LA FACULTÉ DES SCIENCES

Licence :

M. le Professeur RAPHAEL DUBOIS.

M. le Professeur KOEHLER.

M. le Professeur agrégé VANEY,

M. le Dr COUVREUR, chargé de cours.

M. le Dr CONTE, chargé de cours.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CÉSAR ROUX

nous permettra de lui dire combien nous sommes sensible au bienveillant intérêt qu'il nous témoigna toujours. Les longues et nombreuses vacances que nous avons passées en sa docte et indulgente compagnie, comptent parmi les plus belles de notre vie.

Et si nos connaissances cynégétiques lui doivent tout, notre éducation scientifique lui doit beaucoup ; ce qui nous engagea à lui demander notre sujet de thèse.

Avec sa bienveillance coutumière, il a mis à notre disposition ses conseils et ses précieuses observations, nous lui en restons sincèrement reconnaissant.

E. HUBER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

En gage de reconnaissance pour
la grande preuve de bienveil-
lance qu'il nous donna en nous
faisant l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

Nous voici enfin arrivé au terme désiré. Saluons le but et disons toute la joie que nous éprouvons à posséder enfin le titre et la qualité de médecin et de citoyen français. Nous nous efforcerons d'en être digne et de n'oublier jamais les exemples quotidiens d'abnégation, de dévouement aux humbles, de probité scientifique, que nous ont donné journellement tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Comment ne pas rester toujours, sous l'impression profonde de force et de grandeur, laissée par les leçons d'Ollier ou de Gailleton, pour ne parler que de ceux qui sont morts !

A tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine, des Hôpitaux et de la Faculté des Sciences, nous adressons l'hommage d'une inaltérable reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous publions à la fin de ce travail douze observations inédites de gangrène herniaire. Sur ces 12 cas, 10 furent traités par l'opération de Maisonneuve sans résection primitive; 1 par la même opération suivie de résection immédiate et 1 par la résection et l'anastomose au bouton de Murphy.

Notre but le plus immédiat dans ce travail est donc de faire ressortir les avantages que peut présenter l'*Entéro-Anastomose latéro-latérale sans résection primitive*, au point de vue spécial qui nous occupe. Helferich (de Greifswald) dès 1890 appliqua ce mode de traitement, avec une technique un peu différente, aux cas où la vitalité de l'intestin paraît douteuse. Mais le champ des indications est certainement plus vaste ainsi que le montrent les observations publiées ici. Et si nous avons classé ce procédé parmi les méthodes en deux temps spécialement destinées à combattre les lésions de la gangrène herniaire étendue, nous l'avons fait surtout pour nous conformer à l'esprit de la classification qui réserve en général l'emploi de ces méthodes-là au traitement de ces lésions-ci. Mais nous le répétons ce traitement peut

aussi bien s'appliquer soit à des lésions limitées, soit à toutes les lésions que la simple prudence commande de ne pas réduire après la kélotomie.

Après un exposé des signes cliniques de la gangrène herniaire nous avons étudié, au moyen d'une Revue générale les divers modes de traitement préconisés.

Nous terminons ce modeste travail en signalant les principaux avantages de l'entéro-anastomose latéro-latérale, et dont la chirurgie intestinale bénéficie journellement. Il semble que les accidents de l'étranglement herniaire pourraient profiter pour une grande part de ces avantages.

SIGNES CLINIQUES

DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE

On désigne sous le nom de gangrène herniaire la mort locale d'une portion variable du contenu d'une hernie.

Cet état est provoqué par la cessation absolue et définitive des échanges nutritifs dans le territoire atteint.

L'étranglement herniaire, par les graves désordres qu'il apporte dans le domaine de la circulation intestinale est le facteur le plus habituel de la gangrène.

En général les termes de *gangrène* et de *sphacèle* sont synonymes pour la plupart des auteurs. Le second de ces termes désigne cependant pour quelques-uns une gangrène très étendue, massive, confluyente, celle d'un membre tout entier par exemple. Cette distinction est inutile au point de vue de la gangrène herniaire.

Le *diagnostic clinique* de la gangrène herniaire, le seul qui nous intéresse ici, est basé sur l'étude des lésions intestinales directement constatables à l'ouverture du sac herniaire.

Tous les signes de probabilité, *d'ordre extérieur*, tels que l'oedème de la peau au niveau de la tumeur avec crépitation du tissu cellulaire sous-cutané et sonorité diffuse de la région, traduisent des lésions avancées ou généralisées et sont, à vrai dire, des signes de phlegmon herniaire.

Un diagnostic précis doit donc s'inspirer de l'examen minutieux de l'anse malade mise à nu. On examinera celle-ci au point de vue de son *odeur*, de sa *coloration*, de sa *consistance* et de l'*état de ses parois*.

1° ODEUR. — Elle est parfois caractéristique : c'est celle de la gangrène, odeur sui generis, fadasse et persistant malgré des lavages réitérés (D. Mollière). Elle est due à l'imprégnation des parois par les bactéries et par leurs produits, qui cheminent de la cavité intestinale vers la séreuse.

2° COLORATION. — Dès le début de l'étranglement, l'anse est atteinte d'une altération uniforme de coloration, *fond* sur lequel vont apparaître des *motifs* de nuances et de formes variées.

Une coloration rouge hortensia, uniforme, parsemée de quelques arborisations vasculaires plus foncées traduit la simple *hyperémie* d'une anse récemment étranglée : elle disparaîtra rapidement par le débridement de l'étranglement. Cette libération n'étant pas faite, la teinte va se foncer pour arriver en passant par toutes les nuances intermédiaires, au rouge noirâtre de *mûre écrasée*, qui indique un véritable état *d'asphyxie locale*.

Des lavages chauds et prolongés auront souvent

raison de ces lésions préliminaires en stimulant la circulation défaillante.

Tels points peuvent cependant rester réfractaires à l'action bienfaisante de la chaleur et faire *tache* sur l'intestin redevenu normal.

Des ecchymoses sous-séreuses siégeant de préférence au niveau du bord convexe de l'intestin, sans altération apparente de la séreuse, comportent un pronostic plus grave qu'on ne le pensait autrefois. Bosc et Blanc ont parfaitement démontré que de tels extravasats sont l'indice de lésions histologiques avancées. La clinique a confirmé ces données de laboratoire en publiant plusieurs observations de rétrécissement de l'intestin consécutif à des hernies étranglées simples en apparence.

Des trainées grisâtres d'aspect diphtéroïde occupant le sillon d'étranglement ont la valeur de lésions gangreneuses confirmées d'autant plus importantes à déceler qu'elles sont souvent peu apparentes. Leur siège au niveau du *locus minoris resistens* de l'anse étranglée, crée le danger de perforations précoces, linéaires qui peuvent aboutir à une résection spontanée.

A un stade plus avancé encore, le fond rouge noir de la période de début a fait place à une coloration verte, *irisée*, résistant aux abstersions chaudes (D. Mollière) et parsemée de placards gangreneux *feuille-morte*, à tons roussis ou bronzés alternant avec des marbrures cendrées, ardoisées ou plombées.

Des plaques isolées « escarres pâles et puriformes de l'ischémie partielle » des pustules sous-séreuses

« véritables *infarctus* en voiede ramollissement » représentent autant de lésions gangreneuses à des périodes différentes de leur évolution.

En ajoutant à cela l'état dépoli « *délustré* » de la séreuse autour des foyers inflammatoires, nous aurons donné une idée des aspects multiples que peut donner à l'anse malade la variété des nuances et du dessin.

3° CONSISTANCE. — L'anse intestinale atteinte de mort locale présente des modifications de consistance importantes à connaître. A la turgescence et à l'œdème du début de l'étranglement fait place une flaccidité de mauvais aloi, véritable *paraplégie* de l'anse serrée. Cet état donne au doigt la sensation dite de *linge mouillé*, de *parchemin mouillé*. L'intestin pincé entre les doigts donne une sensation spéciale de minceur, d'*amincissement*.

4° PERFORATIONS. — Elles représentent la terminaison *locale* des lésions gangreneuses de l'intestin. Très variables quant à leurs dimensions, à leur nombre et au moment de leur apparition, elles ne sont pas moins variables quant à leurs conséquences. Si une perforation du bord convexe peut exceptionnellement se frayer un chemin extrapéritonéal à travers la paroi et créer ainsi une fistule ou un anus contre nature sauveurs, il n'en est pas moins vrai que la plupart ont un effet moins heureux et conduisent le malade à une péritonite mortelle. Leur recherche est donc de la plus haute importance. Nous avons déjà dit que le sillon d'étranglement était un point d'élection des perforations précoces.

La présence de gaz et de matières dans le sac constitue un signe précieux, pathognomonique de perforation intestinale, signe d'autant plus précieux que l'examen objectif est rendu souvent difficile par l'exiguïté de certaines perforations punctiformes.

5° PHLEGMON HERNIAIRE. — Cet état représente la phase ultime de l'évolution locale de la gangrène herniaire. Il se rencontre chez des sujets assez vigoureux pour faire les frais de leur infection générale jusqu'au moment de la nécrobiose de toute la masse herniaire et à son élimination par un anus contre nature spontané. L'intestin, le sac et les matières ne forment plus qu'une bouillie septique, véritable abcès stercoral qui fuse à travers la paroi dont les divers éléments sont infiltrés et disséqués. La peau amincie et rougeâtre présente au niveau de la tumeur une réaction inflammatoire très vive.

En somme, le diagnostic objectif de la gangrène herniaire repose sur des signes de *probabilité* et sur des signes de *certitude*.

Les premiers, tels qu'ecchymoses de Bosc et Blanc, taches suspectes qui sans être nettement gangreneuses ont résisté aux abstersions chaudes, forment la catégorie des lésions dites *douteuses* qui disent plus qu'asphyxie et pas encore gangrène.

Les seconds, tels que les escarres et les perforations forment la catégorie des lésions *certaines, évidentes*, divisibles elles-mêmes d'après leur étendue en :

1° *Lésions limitées* à une petite portion de l'anse ;

2° *Lésions étendues* à la totalité ou à la plus grande partie de l'anse.

Cette dernière variété de lésions comprend les cas les plus intéressants et les plus discutés au point de vue du traitement.

Nous allons passer rapidement en revue les divers traitements opposés à ces différentes lésions.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE

REVUE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

La Vitalité de l'Intestin est douteuse

La pratique de la réduction pure et simple d'un intestin suspect conseillée par Lawrance et mise en honneur par Velpeau, qui publia cinq succès consécutifs, est abandonnée aujourd'hui par la généralité des chirurgiens. Sa condamnation définitive fut prononcée en 1861 à la Société de Chirurgie. Les dangers que fait courir au malade une telle pratique ont été mis en lumière par l'histologie pathologique et par la clinique.

Bosc et Blanc en 1896, Schulz en 1898 ont insisté sur la marche de la profondeur vers la périphérie de la gangrène herniaire.

La muqueuse intestinale, d'autant plus atteinte par l'arrêt de la circulation sanguine que celle-ci est plus

importante à ce niveau, ayant à subir dans des conditions aussi précaires l'assaut de bactéries innombrables et exaltées, présente bientôt des brèches nombreuses. Leucocytes et coli-bacilles pénètrent par ces effractions épithéliales à travers les diverses couches de l'intestin, disséquant les vaisseaux, dissociant les fibres musculaires et poussant devant eux le sang extravasé. Celui-ci vient former dans la sous-séreuse des foyers hémorragiques dont le grand axe est allongé dans le sens des fibres musculaires ce sont les *ecchymoses sous-péritonéales*.

Ces simples ecchymoses que recouvre une séreuse brillante et saine en apparence, représentent à elles seules des lésions destructives considérables portant sur toute l'épaisseur de la paroi intestinale, d'où le danger de perforations tardives et de sténoses cicatricielles. Barette, dans sa thèse, rapporte quatre cas de perforations tardives survenues trois, sept, douze et trente-cinq jours après la réduction de l'intestin suspect. Francoz a réuni dans sa thèse onze observations de sténoses de l'intestin grêle consécutives à des hernies étranglées, sténoses précoces comparables à celles que peuvent laisser des lésions tuberculeuses, typhiques ou dysentériques.

Tout récemment M. Villard et M. Vallas ont rapporté chacun un cas du même genre.

On ne doit donc réduire qu'un intestin dont la vitalité ne puisse être mise en doute.

De ce principe est née la pratique de la *Kélotomie sans réduction*, préconisée à l'excès par Girard et ramenée à ses véritables indications par Richelot.

Reichel conseille d'attirer l'intestin hors de la plaie après un large débridement et de l'extrapéritonéaliser pendant 48 heures dans un lit de gaze aseptique. Si, au bout de ce temps, les craintes n'étaient pas justifiées, on réduit, sinon il se forme une fistule qui souvent guérit spontanément. Körte, par ce procédé, aurait perdu un seul malade sur sept. Le professeur Berger fût moins heureux et perdit plusieurs malades avec des accidents de paralysie intestinale, de collapsus et par complications pulmonaires.

En France, on recourt plus volontiers à la *pratique de D. Mollière*, de Bourguet (d'Aix), qui n'extériorisent que la plaque suspecte. On fixe celle-ci à la plaie à l'aide de deux anses de soie passées à travers le mésentère ou à travers le corps du délit lui-même. Ce procédé offre l'avantage d'assigner en quelque sorte des limites à la perforation probable : la plaie en bourgeonnant se rétrécit à l'entour et permet d'espérer une fistule de guérison facile au lieu d'un anus contre nature.

M. Albertin, au lieu de passer le fil à travers la plaque même, à l'instar de D. Mollière, passe deux fils de catgut en tissu sain au voisinage de la plaque.

Nous ne ferons que mentionner ici les diverses *méthodes d'enfouissement et d'invagination* qu'on réserve habituellement au traitement des lésions confirmées et que nous décrirons dans un instant.

Ces méthodes, en tenant compte des mêmes considérations quant aux dimensions et au nombre des lésions, peuvent également constituer le traitement de choix des lésions suspectes de l'intestin.

Le *procédé d'Helpferich* (de Greifswald) qui nous intéresse tout spécialement ne sera pas décrit maintenant. Helpferich, dans sa communication au 19^{me} Congrès des chirurgiens allemands réserve exclusivement l'application de son procédé d'entéro-anastomose au traitement des cas de vitalité douteuse de l'intestin.

On reproche à ce procédé d'être trop compliqué, ce qui est vrai lorsqu'on restreint ainsi ses indications et qu'on le compare à la simplicité d'une kélotomie sans réduction.

En élargissant le cadre de ses indications, ce que fait du reste Helpferich lui-même dans la thèse de son élève Wilda, le point de comparaison change singulièrement.

Nous ferons de même en décrivant ce procédé dans un autre chapitre de ce travail.

Nous pensons en somme que le traitement de choix dans le cas de vitalité douteuse de l'intestin comprend :

1^o L'*extériorisation* de toute l'anse suivant la pratique de Reichel, lorsque la vitalité paraît douteuse dans sa totalité ou sa plus grande partie.

2^o La *fixation à la plaie* des points suspects suivant la pratique de D. Mollière, en cas de lésion unique ou de lésions rapprochées les unes des autres.

3^o L'*enfouissement* à la Martinet ou l'*invagination* à la Guinard peuvent rendre d'aussi bons services dans le traitement des lésions douteuses limitées que dans celui des lésions confirmées.

CHAPITRE II

Gangrène herniaire limitée

Les lésions de dimensions et de configuration variables laissent entre elles suffisamment d'étoffe saine pour permettre la restauration de l'anse malade.

Les moyens thérapeutiques sont représentés ici par les différents procédés d'*entérorraphie latérale* ou partielle.

Huguier appliqua le premier la suture latérale de l'intestin au traitement des lésions limitées de la gangrène herniaire. Giraldès cite sept opérations faites par A. Cooper, Lawrence, Gibson, Cloquet et Laugier. Barette pose nettement dans sa thèse les indications de l'entérorraphie latérale.

Le choix du procédé est subordonné aux dimensions et à la configuration des lésions.

1° *Petites perforations*

Le procédé de *ligature de Cooper* est basé sur les expériences de Travers qui montra qu'un lien pinçant

une portion de paroi intestinale traversait une à une les diverses couches de celle-ci, la réparation de chaque couche ayant lieu pendant que le lien traverse la suivante.

Barette rapporte six observations de ligature latérale.

Voici comment on procède :

On saisit avec une pince à griffe les bords de la perforation de manière à former un petit cône dont le sommet est représenté par la lésion. La base du cône est liée à l'aide d'un fil de soie.

Ce procédé a pour lui la simplicité de son exécution, mais il a l'inconvénient de laisser au contact du péritoine une zone dangereuse au lieu de l'enfouir dans l'intestin.

La *suture en bourse* représentée par un surjet circulaire circonscrivant la lésion et serré finalement en cordons de bourse est applicable aux perforations ponctiformes seulement. Pour des perforations moins régulières, il serait malaisé de circonscrire convenablement la lésion.

Le procédé de choix consiste à faire une bonne suture linéaire, une suture qui ne mange pas trop d'étoffe et ne rétrécisse pas.

La suture de Wolfler ou celle de Lambert-Czerny remplissent ces indications, faites en surjet continu, ou interrompu suivant la méthode de Doyen, elles sont étanches et d'exécution rapide.

2. *Sphacèle limité*

On s'est efforcé, dans le cas de sphacèle limité, de préserver le péritoine en refoulant dans l'intestin l'escarre sceptique sans ouvrir le canal alimentaire. Ce but a été partiellement atteint. Il est subordonné à l'étendue et à la configuration des lésions.

Les indications de chaque procédé, indications tirées de ces données topographiques vont nous permettre de subdiviser les lésions en autant d'espèces qu'il y a de procédés opératoires. Division peu logique au premier abord, mais qui s'impose en somme, la variété des lésions étant infinie et celle des procédés restreinte.

a) *Il y a une petite plaque de sphacèle bien circonscrite ou plusieurs bien espacées. Le procédé du docteur Martinet* (de Saint-Foy-la-Grande) est tout indiqué dans les cas de ce genre.

M. Chaput refuse à Martinet la paternité du procédé, qui appartiendrait à Daviers (1869). Contentons-nous d'indiquer les nombreuses synonymies de la méthode dite d'*inclusion*, d'*invagination*, d'*enfouissement*, du *tout à l'égout*, etc., dite, en Allemagne, *opération de Lindner*.

Ce procédé consiste à faire un entérorraphie séro-séreuse sans entérectomie. On obtient ainsi par-dessus l'escarre, une barrière d'adhérences solides au-dessous de laquelle l'élimination de l'escarre se fait en toute sécurité dans la cavité de l'intestin.

Le *manuel opératoire* est le suivant d'après Martinet :

« Une sonde cannelée pressant sur la partie malade, « la déprime vers l'intérieur de l'intestin. Une suture « continue au catgut réunit au-dessus d'elle sur toute « la longueur, la surface péritonéale demeurée relativement saine, qui la borde. L'escarre se trouve « ainsi incluse dans la cavité de l'intestin chargé de « l'éliminer ».

Chaput fait deux objections à ce mode de faire. Un seul étage de sutures n'est pas suffisant, l'usage de la soie est préférable à celui du catgut.

Voyons d'abord les avantages de la méthode, nombreux et réels d'après les conclusions d'un mémoire de Guinard. C'est un « procédé bénin, facile à exécuter et radical qui doit entrer dans la pratique courante, non seulement pour les taches ponctiformes, « les perforations peu étendues, et les plaques ne « dépassant pas un centimètre de diamètre, mais « même pour de larges escarres de la dimension d'une « pièce de deux francs et d'une longueur de neuf centimètres ou pour des escarres circulaires, mais « étroites occupant toute la circonférence de l'intestin. »

Ces conclusions, toutes réserves étant faites en ce qui concerne les larges escarres et les dimensions qui en sont données, sont approuvées par la plupart des auteurs. Les petites dimensions de la plaque constituent en effet l'indication majeure ici. Sinon on doit redouter d'une part, la stase des matières pendant l'élimination de l'escarre incluse qui peut former val-

vule, d'autre part, la sténose cicatricielle. Enfin la nécessité d'assurer par un double étage de sutures la solidité du barrage demande beaucoup d'étoffe et contribue encore de ce fait à la diminution de calibre de l'intestin.

L'œdème ou l'infiltration des parois intestinales constitue une contre-indication à l'opération de Martinet.

b) L'escarre mesure plus de 1 à 2 centimètres de diamètre ou de longueur et occupe plus du tiers de la circonférence de l'intestin. — L'invagination pure et simple de plaques de sphacèle mesurant plusieurs centimètres comporte le risque d'une occlusion intestinale totale ou partielle pendant toute la durée de l'élimination.

L'incision longitudinale de l'escarre, avant son enfouissement, suivant la méthode de M. Jaboulay et *l'excision losangique de Chaput* n'ont pas le même inconvénient, tout en évitant la résection totale.

Procédé de M. Jaboulay. — L'entérorraphie, suivant le grand axe de l'intestin de plaies étendues, crée des dangers de rétrécissement beaucoup plus grands que ceux résultant de points de suture placés perpendiculairement au petit axe. Il y a avantage, en d'autres termes, à transformer une lésion longitudinale en lésion transversale. C'est là l'idée directrice du procédé de M. Jaboulay, décrit dans la thèse de Maire.

Soit une plaque de gangrène à direction longitudinale. Au lieu de faire l'entérorraphie séro-séreuse à la Martinet, on rapproche d'abord, par deux points

de suture parallèles au grand axe, les deux extrémités de la lésion qui devient ainsi transversale, puis on fait l'invagination dans le même sens.

Le rétrécissement est sûrement évité de la sorte, mais on peut avoir une valvule circulaire d'autant plus efficace qu'elle est formée de tissus tassés par la diminution de longueur qu'on a fait subir à la lésion en changeant sa direction.

M. Jaboulay publia, quelques mois plus tard, une modification de ce procédé, modification qui remédie à cet inconvénient.

Le principe restant le même, on fait au premier temps l'*incision longitudinale* de la lésion à enfouir. Cette manœuvre facilite beaucoup la suture de la plaie en sens transversal. En outre, au lieu d'avoir une valvule cohérente efficace, on a deux simples franges mobiles dans l'intestin et n'opposant pas de résistance au cours des matières. L'élimination de l'escarre est en outre facilitée.

Ce principe de la transformation en plaies transversales des plaies longitudinales est également applicable au traitement des perforations spontanées ou traumatiques d'une certaine étendue. Il dérive du procédé de Heinecke-Mickuliz pour les pyloroplasties.

Excision losangique de Chaput. — Ce procédé a le même objet que le précédent. On pratique ici une résection partielle de l'intestin, résection en forme de losange circonscrivant les lésions. Puis on suture deux à deux chacun des côtés des angles obtus du losange. Il faut veiller, comme le fait remarquer le professeur

Jeannel, à ce que le grand axe du losange soit plus court que l'arc de la circonférence de l'intestin compris entre les sommets des deux angles obtus du losange, sans quoi, au lieu d'une suture linéaire, on aurait une suture en croix.

Ce procédé a le grand avantage de permettre la suppression simultanée de plusieurs petites lésions rapprochées les unes des autres. Il est, en outre, applicable au traitement des grandes perforations et des escarres isolées de plusieurs centimètres de long.

c) *Le Sphacèle occupe toute la circonférence de l'intestin sans dépasser une étendue de 10 centimètres environ de longueur.* — On a à faire, dans ces cas, à une lésion *en manchette*, gangrène généralisée à tout le pourtour de l'anse, mais sur une longueur limitée.

M. Guinard, qui s'est fait le défenseur enthousiaste de l'entérorraphie, sans entérectomie, a préconisé pour les cas de ce genre un procédé très séduisant d'*invagination totale*. Voici, d'après son inventeur, la description de cette méthode :

« Je commence par faire une antiseptie aussi complète que possible, et cela, bien entendu, avant de
« pratiquer le débridement. Dans un deuxième temps,
« je débride l'anneau et j'attire l'intestin au dehors,
« de façon à bien mettre en évidence les limites du
« mal. Avec les ciseaux, je désinsère le mésentère au
« niveau du bord adhérent de l'intestin malade et je
« résèque le V mésentérique à sommet postérieur correspondant. Il s'agit ensuite d'invaginer toute l'anse
« gangrenée, et cela sans l'ouvrir, dans le bout infé-

« rieur de l'intestin. Ce dernier est facile à distinguer
« du bout supérieur dont il diffère considérablement.
« Il est en effet rétracté au lieu d'être aminci et dis-
« tendu. Saisissant donc le bout inférieur avec la main
« droite au niveau de sa continuité avec l'anse malade,
« je me sers de la main gauche pour invaginer, soit
« avec le doigt, soit avec un instrument mousse toutes
« les parties sphacélées dans le *bout inférieur*.
« Lorsque l'anse malade a disparu en totalité dans la
« cavité du bout inférieur, j'unis le péritoine sain de
« ce dernier à celui du bout supérieur, en faisant une
« couronne de sutures séro-séreuses à points séparés.
« Pour plus de sûreté, j'invagine cette couronne de
« sutures, ainsi qu'un centimètre d'intestin sain et je
« place de nouvelles sutures semblables aux premières.
« Il reste, pour terminer, à placer quelques points de
« suture sur le mésentère et à réduire le tout dans la
« cavité abdominale. J'insiste sur ce point qu'il faut
« avoir soin de faire un débridement très large
« pour que, pendant la réduction, l'intestin ne subisse
« au niveau des sutures ni pression, ni tirail-
« lements. »

M. Guinard donne comme maximum de longueur à enfouir 10 centimètres environ. La seule contre-indication résulterait de l'état des parois qui doivent être souples et non-œdématisées. Quant à la bénignité de l'opération elle ne saurait être mise en doute en la comparant aux dangers et aux difficultés d'une résection. M. Guinard a rapporté au Congrès de Chirurgie de 1895, 12 observations d'invagination totale avec 2 morts dues à des perforations secondaires survenues

après trois jours sur des taches suspectes qu'on avait négligé de suturer.

Il en est malheureusement ici, comme pour les autres lésions limitées de l'anse herniée où l'on doit discuter le traitement le centimètre en main. L'obstacle apporté au cours des matières par l'invagination d'une telle longueur d'intestin est presque infranchissable, d'autant plus qu'il est augmenté encore par l'invagination d'une portion d'intestin sain, nécessitée par le surjet de sûreté.

La stase des matières et la pression dans le bout supérieur, si importantes à combattre au double point de vue de l'état général du malade et de la solidité des sutures, sont donc prolongées de façon malencontreuse. Ce procédé ne présente donc d'avantages réels que pour l'invagination de petites manchettes ne dépassant pas une longueur de 3 à 4 centimètres.

Ces divers procédés de chirurgie conservatrice ne sont donc applicables qu'à des lésions très limitées et suffisamment espacées.

En principe, lorsqu'une lésion occupe en largeur plus du tiers de la circonférence de l'intestin, on ne peut songer à l'invagination simple ; lorsqu'elle dépasse 10 centimètres en longueur, on ne peut songer à une résection partielle, encore moins à l'invagination totale, à moins de courir le risque d'une altération définitive du calibre de l'intestin.

CHAPITRE III

Gangrène herniaire étendue

Le traitement des lésions étendues à la totalité ou à la plus grande partie de l'anse herniée s'inspire de deux indications importantes :

- 1° Assurer le cours des matières ;
- 2° Supprimer le foyer infectieux représenté par l'anse gangrenée.

L'entérectomie suivie immédiatement d'une entéro-anastomose satisfait simultanément à ces deux indications, par la résection de l'anse malade et le rétablissement de la continuité de l'intestin : opération idéale, radicale, en un temps.

L'anus contre nature, en dérivant les matières à l'extérieur, pare dans un premier temps aux dangers de la stercorémie, le rétablissement du circuit intestinal faisant l'objet d'un second temps.

En thèse générale, on peut dire que l'entérectomie a complètement supplanté l'anus contre nature qui, pen-

dant longtemps, constitua le traitement de choix de la gangrène herniaire.

Si l'anus contre nature répond encore à certaines indications à titre de méthode en deux temps, il y répond au prix de nombreux inconvénients :

Nous analyserons successivement les diverses méthodes en un temps, puis celles en deux temps.

A. — MÉTHODES EN UN TEMPS

I. — *Entérectomie et Entérorraphie circulaire totale*

Elle consiste, après résection de l'anse malade, à faire entre les deux bouts une entéro-anastomose termino-terminale à l'aide d'une suture circulaire totale.

La première résection intestinale, suivie de rapprochement et suture des deux bouts, revient aux Quatre-Maitres, chirurgiens du XII^e siècle.

Dès lors, l'histoire enregistre quelques tentatives du même genre comme autant de témérités chirurgicales. En 1727, Mœbius publia dans sa thèse inaugurale une observation de résection et d'entérorraphie due à Ramdohr (de Wolfenbuttel) qui guérit son malade. Ce chirurgien invaginait ou plus exactement *télescopait* le bout supérieur dans l'inférieur, séreuse contre muqueuse en maintenant l'assemblage ainsi obtenu par un point perforant.

L'entérorraphie ne devint cependant une opération raisonnée qu'à partir du jour où Jobert et Travers (1824), reconnurent les propriétés adhésives des séreuses. Le perfectionnement apporté deux ans après par Lambert aux sutures intestinales fut le complément indispensable de l'entérorraphie circulaire qui, depuis lors ne subit que des modifications peu importantes de technique. Ces progrès furent immédiatement mis à profit par les chirurgiens de la première moitié du XIX^e siècle, avec des résultats hélas médiocres, et pour cause !

Un mauvais sort s'acharnait sans trêve sur l'œuvre des chirurgiens et paralysait leurs plus savants efforts. Il fallut la toute puissance de l'antisepsie pour le conjurer. La témérité se changea aussitôt en audace bienfaisante et les deux cas malheureux de Krönlein en 1876, les deux premiers de l'ère antiseptique, n'arrêtèrent pas l'essor de l'entérectomie.

Kocher publia en 1878 deux beaux succès. Dès lors, et pendant une période de dix ans environ, de nombreux cas heureux et malheureux furent publiés.

La nouvelle opération ne fut cependant pas sans rencontrer d'opposition.

Du 8^e Congrès des chirurgiens allemands à la discussion de la Société de chirurgie en 1894 la majorité des maîtres de l'ancienne école refusa ses suffrages à l'entérectomie primitive. La statistique qui fit les frais de ces débats nous apprend peu de chose. Faite d'éléments disparates, elle donne des résultats disparates. Comme le fait remarquer le professeur Berger, les écarts entre les diverses statistiques d'entérectomie

primitive (Maydl 22 °/o, Krönlein 66 °/o) sont plus considérables que ceux existants entre les relevés statistiques d'entérectomie d'une part et d'anus contre nature d'autre part. Tout au plus la statistique réussit-elle à démontrer que l'entérectomie primitive est une opération grave, en oubliant d'ajouter que la gangrène herniaire est une maladie encore plus grave.

En tout état de cause l'entérectomie primitive est entrée dans la pratique courante de la jeune école chirurgicale. Il faut ajouter que certaines améliorations de technique y ont largement contribué.

L'entérectomie primitive avec entérorraphie circulaire totale comprend deux temps principaux.

Dans un premier temps, la coprostase étant assurée, on fait la résection circulaire de l'intestin et l'excision du mésentère adhérent à l'anse réséquée. La résection doit le plus possible être large, c'est-à-dire porter en tissu sain, condition sine qua non pour pouvoir faire une bonne suture.

Bouilly et Assaky conseillent dans leur mémoire une section perpendiculaire au grand axe de l'intestin. Cette section facilite la suture, mais elle a l'inconvénient de porter au maximum les effets occlusifs du bourrelet que formera la ligne de suture.

C'est pourquoi Madelung et après lui beaucoup d'auteurs préfèrent une section, oblique du bord convexe au bord concave de l'intestin. On réunit ainsi deux ellipses au lieu de deux cercles et la hauteur de l'orifice est directement proportionnelle au grand axe de ces ellipses. Pour éviter le coude que forment par leur réunion ces deux tranches de section elliptique, Chaput

a imaginé son procédé *d'entérorraphie circulaire avec fente* et, le professeur Jeannel, la *section oblique croisée*.

Le principe du procédé de Chaput est le même que celui de l'excision losangique. Après avoir fait la section circulaire, on fend la paroi de chaque bout sur une étendue de trois centimètres, les deux traits de section se trouvant sur une même ligne droite. On arrondit les angles des quatre lambeaux. On réunit deux à deux chacun des côtés des angles obtus du losange ainsi obtenu.

M. Jeannel commence de même par une section circulaire, puis il taille une ellipse sur le flanc antérieur du bout supérieur, puis une autre sur le flanc postérieur du bout inférieur. La coaptation des deux tranches s'obtient par croisement du mésentère dont les deux feuillets sont réunis par quelques points de suture. La continuité absolument directe de l'intestin est assurée de la sorte et le rétrécissement évité.

L'intestin étant sectionné on excise le mésentère correspondant. Les conditions que doit remplir cette excision visent une bonne hémostase et une excision strictement limitée au mésentère de l'anse sacrifiée. L'hémostase se fait, soit d'avance à l'aide d'un surjet circonscrivant le mésentère à enlever, soit après l'excision, à l'aide de fines ligatures. Quant à la forme donnée aux lambeaux mésentériques, elle affecte généralement celle d'un triangle isocèle à base intestinale. On épargne de la sorte la précieuse étoffe et facilite la réunion qu'on fait sur le champ.

Nous passons sous silence les précautions d'anti-

sepsie et d'encapuchonnement provisoire des deux bouts intestinaux dans de la gaze aseptique pour arriver au second temps.

L'*entérorraphie circulaire* constitue le temps le plus difficile de l'opération. Et cependant les procédés de suture ne manquent pas. Contentons-nous de dire que parmi les procédés à affrontement non séreux, seuls sont employés ceux dits par *abrasion* (Chaput), que parmi ceux à affrontement séreux, la majorité des chirurgiens a recours au procédé par adossement dont le type est réalisé par la suture à étages de Wölfler, qu'on peut qualifier de classique.

Les deux tranches de section doivent être en bonne position. On facilite ce rapprochement en passant une anse de fil provisoire aux deux extrémités du grand diamètre des deux tranches. La coaptation étant bien réglée par les mains de l'aide qui tient les fils, on fait d'abord un surjet séro-séreux continu ou entrecoupé à la partie postérieure. Puis on fait un second plan muco-muqueux toujours postérieur. Nouveau plan muco-muqueux, antérieur et enfin surjet séro-séreux antérieur. Tous les auteurs insistent sur l'importance qu'il y a à *soigner* la suture au niveau de l'insertion mésentérique.

La suture étant vérifiée, on réduit l'intestin après de nouveaux soins d'antisepsie et on termine par la cure radicale.

Tel est, esquissé à grands traits, le manuel opératoire de l'entérectomie avec entérorraphie circulaire totale.

On peut résumer les avantages par ces mots : *restitutio ad integrum*. La voie normale des matières est

assurée d'emblée, le foyer infectieux supprimé, ainsi que la hernie, cause de tout le mal.

Les inconvénients nous arrêteront malheureusement davantage. On peut les diviser en inconvénients inhérents à l'intervention et en inconvénients inhérents au terrain.

1^o INCONVÉNIENTS INHÉRENTS A L'INTERVENTION

a) L'entérorraphie circulaire est une opération longue et minutieuse ; elle produit un choc considérable et nécessite une grande habitude des sutures intestinales. Cela ressort de la discussion qui eût lieu en 1894 à la Société de Chirurgie.

b) La ligne de suture forme une valvule proéminente dans la cavité de l'intestin (Bouilly, Barette et Chaput.)

c) La tension intra-intestinale est augmentée de ce fait et compromet la solidité des sutures. Barette, sur neuf observations, rapporte neuf cas de fistules stercorales et deux morts par suture insuffisante.

d) Les matières peuvent s'accumuler au niveau du bourrelet qui facilite la coagulation du mucus, du lait ingéré, d'où possibilité de véritables occlusions (Chaput).

e) Les plaies du péritoine, provoquées par la suture, favorisent l'infection de la séreuse en fournissant aux microbes des anfractuosités (Grawitz).

f) Dans les grandes résections, la plaie mésentérique, peut créer des difficultés pour le rapprochement des deux bouts (Barette).

g) Un abouchement non symétrique peut produire la torsion de l'anse avec occlusion subséquente (Barette).

2° INCONVÉNIENTS INHÉRENTS AU TERRAIN

a) C'est tout d'abord le danger du *choc* déjà signalé, d'autant plus redoutable que l'individu est plus affaibli.

b) La *disproportion de calibre des deux bouts* malgré les artifices de Madelung, Billroth, Chaput, Rydygier, peut créer des difficultés insurmontables.

c) Le *rapetissement spasmodique des deux bouts*, le *faible calibre de l'intestin infantile* créent autant de contre-indications.

d) La *friabilité* de l'intestin qu'on peut rencontrer chez les cachectiques et dont Marin rapporte deux cas dans sa thèse.

e) Le danger de faire les sutures en tissu apparemment sain, mais histologiquement altéré, d'où peuvent résulter des perforations spontanées (Nicaise, Labbé, et Cornil).

Sans être complète, cette liste déjà longue souligne de nombreux écueils, malgré les conclusions de Chaput qui, par l'étude critique des statistiques de Barette, ramène à un coefficient de 15 à 20 0/0, en attendant qu'elle soit ramenée à néant, la mortalité opératoire de l'entérorraphie circulaire totale. Aussi peut-on dire que pour la plus grande majorité des chirurgiens les indications de l'entérorraphie circulaire, loin de gagner du terrain en perdent journellement en chirurgie d'urgence du moins. Les avantages multiples présen-

tés par les boutons anastomotiques dans la pratique des anastomoses termino-terminales expliquent bien des défections dans les rangs suturistes. Parmi les suturistes convaincus, un assez grand nombre (Chaput, Duchamp, Poncet, Von Hacker, Monprofit) ont abandonné l'entérorraphie circulaire pour l'entérorraphie longitudinale.

*Indications et contre-indications de l'entérorraphie
circulaire totale*

1° L'état général du malade paraît apte à supporter le choc inhérent à une résection et à une anesthésie prolongée;

2° On doit pouvoir rejeter avec certitude l'existence d'une péritonite généralisée;

3° La possibilité de libérer les adhérences et d'attirer au dehors suffisamment d'intestin est une condition essentielle;

4° On ne doit rencontrer aucun inconvénient inhérent au terrain tel que grande différence de calibre des deux bouts, rapetissement spasmodique ou atrophique, friabilité excessive des parois.

II. — *Méthode mixte de Bouilly et Assaky*

Nous ne dirons que quelques mots de cette méthode créée dans le but de parer à certains inconvénients de l'entérorraphie circulaire totale. Préconisé dans la

thèse de Barette, ce procédé n'a eu qu'un succès éphémère et paraît complètement abandonné actuellement.

Le manuel opératoire comprend une entérectomie circulaire avec entérorraphie circulaire incomplète. On ménage de la sorte sur le bord convexe de l'intestin une petite fistule dite de sûreté qui est fixée à la plaie. Cette fistule, en permettant l'échappement de l'excès des gaz et des matières, diminue la tension intestinale au bénéfice de l'étanchéité et de la solidité des sutures.

Le cours normal des matières étant rétabli, la fistule peut guérir spontanément. En cas de persistance ou de transformation de la fistule en anus contre nature, on est obligé de recourir à un traitement approprié.

Cette méthode présente en somme les aléas des méthodes en deux temps, sans en offrir aucun des avantages. La durée et la difficulté opératoire de l'entérorraphie totale subsistent, le choc est le même.

Il est juste d'ajouter que ce procédé fut créé à une époque où la pratique des sutures intestinales n'était que peu développée et les boutons anastomotiques inconnus.

III. — *Entérectomie et boutons anastomotiques*

Des Quatres-Maîtres aux travaux récents de Duplay et Cazin, l'entérorraphie sur conducteur a subi des fortunes diverses et adverses. Si le calibrage de l'intestin au moyen d'un conducteur creux est chose facile à obtenir, il n'en est pas de même de la réunion par

sutures ou ligature des deux bouts intestinaux sur le conducteur.

Denans, chirurgien marseillais, eût le premier l'idée de construire un appareil qui servirait à la fois au calibrage et à l'approximation définitive des deux bouts intestinaux tout en réduisant au minimum le rôle des sutures. Son appareil assez compliqué n'eût pas les honneurs de l'intestin humain.

Les imitateurs de Denans ne furent pas plus heureux que lui, jusqu'au jour récent (1892) où Murphy (de Chicago) créa le bouton anastomotique qui porte son nom.

L'appareil de Murphy, ainsi que tous ceux qui lui ont succédé, met à profit les propriétés adhésives des séreuses. Les parois intestinales des deux bouts sectionnés sont prises de force dans les lèvres de l'appareil puis mises en contact par leur face séreuse, tandis que s'opère le sphacèle des parties serrées. Lorsque ce sphacèle est terminé, la réunion des deux séreuses adossées est chose faite et le bouton libéré tombe dans la cavité intestinale.

Calibrage et approximation sans le concours des sutures, tel est le rôle des boutons anastomotiques à la Murphy.

Nous allons décrire rapidement les trois boutons anastomotiques qui paraissent être les types du genre :

A. — BOUTON DE MURPHY (1892). — Il a, dans son ensemble, la forme d'un cylindre creux dont les deux extrémités sont coiffées par une portion de sphère.

Il comprend deux branches destinées chacune à un

des bouts intestinaux. On les appelle, branche mâle et branche femelle. Chacune des pièces a la forme d'un champignon dont le chapeau représente le calibre à mettre en contact avec la muqueuse intestinale tandis que le pédicule largement perforé d'un bout à l'autre assure le cours des matières et permet le rapprochement des deux pièces par engainement. Sous le chapeau de la pièce mâle, placée, comme la tête par rapport à son couvre-chef, se trouve une bague mobile suivant le petit axe du pédicule et séparée de celui-ci par un ressort à boudin : c'est le coussinet dont le rôle est de répartir uniformément la pression sur les parties serrées par le rapprochement des pièces mâle et femelle.

L'union des deux pièces est assurée par deux petites griffes à ressort que porte le pédicule mâle et qui pénètrent dans un pas de vis fileté sur le pédicule femelle. Les chapeaux portent des trous symétriquement placés qui assurent le cours des matières et des gaz pendant la migration du bouton qui peut se placer de champ.

B. — BOUTON DE VILLARD (1894). — M. Villard a apporté diverses améliorations au bouton de Murphy. Le bouton de Villard (1896) diffère de celui de Murphy par les points suivants :

a) Le diamètre du canal central dans le modèle destiné à l'intestin grêle est de 15 m/m au lieu de 12 m/m .

b) Les orifices elliptiques du chapeau assurent le passage facile des gaz et matières au cas où le bouton se placerait de champ.

c) L'articulation du bouton est très améliorée; le pédicule mâle est constitué par une couronne de 8 languettes ressorts, portant chacune une saillie circulaire. L'ensemble de ces saillies constitue un pas de vis qui permet un serrage plus efficace qu'avec les deux griffes du bouton de Murphy.

d) La suppression du coussinet à ressort rend du reste ce serrage énergique, obligatoire.

Application du bouton de Murphy-Villard

La section circulaire de l'intestin étant faite, on commence par circonscrire chaque tranche de section par une suture en bourse grâce à laquelle on pourra serrer la dite tranche sur le pédicule du bouton.

M. Villard insiste sur les détails de manuel opératoire ci-dessous reproduits :

a) « Il faut toujours placer la première moitié du bouton anastomotique sur le bout inférieur de l'intestin sectionné, on évite ainsi l'issue des matières fécales dans la plaie, issue qui ne manquerait pas de se produire si on était intervenud'abord sur le bout supérieur, distendu par l'accumulation des matières et des gaz. »

b) « Vérifier avec soin l'adossement des séreuses saisies entre les mors du bouton anastomotique, réduire toute hernie de la muqueuse qui tendrait à se produire et enfin placer au besoin, un ou deux points de suture sur des endroits douteux. »

c) « Apporter la plus grande attention à la ligature du coin mésentérique qui doit être réséqué de façon

« à ne pas compromettre par une striction trop étendue, la vitalité des portions d'intestin qui doivent être soudées l'une à l'autre. »

d) « Pour réduire dans l'abdomen l'anse anastomosée, débrider franchement l'arcade de Fallope en haut et en avant: pratiquer ensuite la suture méthodique des deux bouts de l'arcade et de l'aponévrose pectinéale ».

C. — BOUTON DE JABOULAY-LUMIÈRE (1900)

Le principe qui préside à la mise en place de chaque moitié de ce bouton est le même que celui qui fait pénétrer par une boutonnière étroite les boutons de chemise du type ancien, c'est-à-dire sans bascule: La tête du bouton pénétrant par un mouvement de torsion dans une ouverture d'un diamètre inférieur à celui de cette tête elle-même.

Le bouton de M. Jaboulay diffère du Murphy-Villard par une fente creusée en un point du pourtour des pièces mâle et femelle. « Une lamelle passe comme un pont sur cette fente et peut être soulevée d'un côté, du côté où la torsion va faire entrer la pièce dans le viscère. Les tuniques de l'estomac ou celles de l'intestin sont placées dans cette fente après la perforation faite au bistouri.

« Celle-ci est étroite, et sa longueur égale l'épaisseur seulement du pourtour du bouton. Le bouton est introduit tout entier soit dans l'estomac, soit dans l'intestin par le mouvement spiroïde imprimé à chaque pièce une fois les tuniques entrées dans

« la rainure. Il n'est pas besoin de suture pour faire
« tenir chaque pièce au viscère. La contention est
« parfaite et assurée par le contact entre le cylin-
« dre de l'appareil et les lèvres de la perforation
« viscérale. L'engainement des deux pièces est fait
« comme d'habitude. »

Ce bouton, en supprimant la suture en bourse abrège d'autant la durée de l'opération.

Résultats des boutons anastomotiques :

Les boutons anastomotiques rendent des services incomparables dans la pratique des entéro-anastomoses. Si leur valeur est contestée par certains chirurgiens au point de vue des anastomoses gastro-intestinales et des anastomoses intestinales du type latéro-latéral, il n'en est pas de même pour les anastomoses termino-terminales de l'intestin grêle.

Les beaux résultats de M. Villard et après lui de tous les Maîtres de l'Ecole lyonnaise ont généralisé l'emploi des boutons.

Murphy, le protagoniste du bouton, donne sur 1620 cas d'applications pour affections de toute sorte une mortalité de 19,3 % et sur 121 cas d'affections non malignes, le coefficient fabuleusement faible de 2 %.

Le bouton anastomotique présente deux avantages majeurs : la simplicité de son application qui en fait l'instrument de choix en chirurgie d'urgence et la diminution notable de la durée opératoire qui réduit au minimum le choc, fonction de cette durée.

L'étanchéité de la coaptation et l'adossement parfait

des séreuses ont été démontrés expérimentalement par M. Villard et confirmés cliniquement. Les reproches qu'on a faits au bouton à cet égard et notamment celui de faire courir le risque d'un sphacèle dépassant les limites de l'adossement et entraînant des perforations tardives ne paraissent pas fondés. Ces accidents sont imputables au serrage insuffisant des deux pièces. M. Villard insiste beaucoup sur ce serrage énergique qui est le seul moyen de circonscrire le sphacèle et de prévenir toute ulcération. Quant aux reproches de provoquer des rétrécissements tardifs, il est basé sur des observations de gastro-entéro-anastomose; nous ne l'avons pas vu signalé dans les cas d'anastomose intestinale.

A ce propos, M. Villard n'admet plus actuellement les points de suture de sûreté qu'il conseillait autrefois attribuant la possibilité d'un rétrécissement à l'action irritante des fils de soie perdus dans les tuniques intestinales.

*Indications et contre-indications des Boulons
Anastomotiques*

Le bouton est indiqué toutes les fois :

- 1° Qu'il s'agit en général d'un sujet ayant dépassé la première enfance ;
- 2° Que l'état général, compatible cependant avec une résection, commande de faire vite ;
- 3° Qu'il y a des lésions étendues portant sur l'intestin grêle et pas de signes de péritonite généralisée.

Le bouton sera contre-indiqué toutes les fois :

1° Qu'on constate l'existence de lésions antérieures de l'intestin, de nature typhique, tuberculeuse ou dysentérique, ayant pu laisser un rétrécissement cicatriciel (Villard);

2° Qu'il y a impossibilité à amener l'anse gangrenée, fixée par des adhérences solides;

3° Qu'il y a disproportion marquée entre le calibre des deux bouts;

4° Que la gangrène siège sur le gros intestin;

5° Qu'on constate un état de friabilité de la paroi tel qu'on le rencontre chez certains cachectiques ou dans des cas de dégénérescence amyloïde (Chaput, Duchamp, Tixier cités dans la thèse de Marin).

IV. — *Entérectomie et entérorraphie longitudinale*

Cette méthode imaginée en 1890 par Chaput fut appliquée pour la première fois au traitement de la gangrène herniaire par M. Duchamp (de Saint-Etienne) dont les observations sont relatées dans la thèse de Marin. La technique de l'opération est assez compliquée : la résection circulaire étant faite et les deux bouts placés l'un à côté de l'autre en canons de fusil, de telle sorte que les deux insertions mésentériques soient placées sur un même plan, on fend avec les ciseaux, la paroi de chaque bout non loin du mésentère sur une hauteur de 6 à 8 centimètres. Ce temps équivaut à l'entérotomie par le procédé de

Dupuytren. Puis on suture deux à deux les lèvres antérieures et postérieures déterminées par la section. On renforce en avant et en arrière ces sutures muco-muqueuses par des plans séro-séreux. Les deux canons du fusil communiquent ainsi largement et il ne reste plus qu'à fermer par en bas le large orifice béant. Ce qu'on fait avec un double plan de Lembert qu'on *soigne* tout particulièrement au niveau des angles et à ses points d'intersection avec les lignes des sutures longitudinale antérieure et postérieure.

Cette méthode offre des avantages d'ordre mécanique qui se confondent avec ceux de l'anastomose par apposition latérale et que nous développerons à propos de l'opération d'Helferich.

Von Hacker et Braun à l'étranger, Monprofit et M. Jaboulay en France ont simplifié cette technique. Voici en résumé le procédé de ces chirurgiens.

La résection étant faite, on pratique l'occlusion des deux bouts par invagination et suture. Puis on établit une anastomose par apposition latérale entre les deux bouts qu'on vient de fermer. Les différents temps de l'opération sont plus courts et plus simples que dans le procédé de Chaput. En outre, on n'est pas appelé à opérer sur un intestin aussi largement ouvert. Malécot rapporte dans sa thèse cinq observations de hernies gangrenées traitées de la sorte dont quatre suivies de guérison.

Nous insisterons plus loin sur les avantages de l'entéro-anastomose par apposition latérale. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser ici c'est que combiné à la résection primitive, elle est aussi longue que

l'entérorraphie circulaire et que, partant, le choc est le même.

B. — MÉTHODES EN DEUX TEMPS

Nous groupons sous ce chef l'anus contre nature et les procédés d'entéro-anastomose avec réduction, ou résection secondaire suivant le cas, appliqués au traitement de la gangrène herniaire. La kélotomie sans réduction et la méthode mixte de Bouilly et Assaky, qu'on peut considérer comme des méthodes en deux temps, ont été signalées ailleurs.

Le traitement par ces méthodes comprend deux interventions successives, séparées par un intervalle variable. Une première séance opératoire est consacrée à la dérivation momentanée ou définitive du cours des matières, la deuxième intervention visant à la *restitutio-ad integrum* par la cure radicale de la hernie gangrenée et la fermeture du circuit intestinal lorsque celui a été préalablement ouvert.

L'indication majeure de toutes les méthodes en deux temps est tirée de l'état général grave du malade.

Cet état réclame le bénéfice d'une intervention qui tout en parant sur l'heure aux effets sans cesse aggravés de la stercorémie, provoque un choc opératoire minimum : traitement palliatif immédiat préparant le terrain pour le traitement curatif ultérieur.

I. — *Anus contre nature*

Son histoire se confond avec celle de la gangrène herniaire dont il représente le seul mode de guérison spontanée, mais il fit surtout parler de lui à partir du jour où on voulut le supplanter par des interventions plus rationnelles.

On en parla surtout à l'avènement de l'ère antiseptique qui permit de fonder dès le début de grandes espérances sur l'entérectomie. Malgré des assauts répétés, l'anus contre nature tint bon et pour ne parler que de ses victoires récentes, nous citerons les discussions du huitième Congrès des Chirurgiens allemands, celles de la Société royale et chirurgicale de Londres (1893) et enfin celles de la Société de chirurgie de Paris en 1894.

L'invention des boutons anastomotiques d'une part, le perfectionnement du matériel chirurgical et de la technique des sutures d'autre part, ont fait pendant ces dix dernières années plus de tort à l'anus contre nature, que toutes les discussions savantes. Aussi peut-on hardiment affirmer que pour la majorité des chirurgiens les indications de l'anus contre nature se trouvent actuellement singulièrement circonscrites.

Disons de suite le principal avantage de l'anus contre nature. C'est la simplicité de sa technique. Il suffit, en effet, suivant le procédé de Lawrence, d'inciser l'anse sur son bord libre en plein sphacèle et de fixer les bords de l'ouverture par quelques points aux débris du sac et à la peau. A l'aide du doigt introduit dans l'ouver-

ture, on s'assure de la perméabilité du bout supérieur. Si ce dernier est obstrué par des matières ou serré par l'agent de l'étranglement, on s'efforce de l'évacuer ou de débrider prudemment en se gardant avant toute chose de rompre les adhérences, unique sauvegarde de la grande cavité péritonéale. Un gros drain en caoutchouc introduit dans le bout supérieur et fixé à la peau par un point de suture ou retenu par une épingle de sûreté passée en broche et portant un fil d'attache, terminera l'intervention.

En présence d'une anse gangrenée très longue, l'intervention est un peu plus compliquée. L'étendue du foyer septique commande la suppression aussi radicale que possible de toutes les portions sphacélées.

A cet effet, on résèque sur place et après ligature préalable, l'épiploon, puis l'intestin et le mésentère dont l'hémostase préalable a été faite. Les deux bouts intestinaux rapprochés en canon de fusil sont fixés à la peau comme tout à l'heure.

On a créé de la sorte un véritable anus artificiel à éperon peut-être considérable, détail important au point de vue de la cure de cet anus.

Enfin, en cas de phlegmon herniaire, la technique se réduit à celle d'une simple incision d'abcès avec les précautions d'antisepsie d'usage.

La technique est donc d'une simplicité extrême et à la portée du premier praticien venu.

Considérons maintenant les résultats de cette intervention. Que nous apprend la statistique ? Ce qu'elle nous a appris au sujet de l'entérorraphie circulaire,

c'est-à-dire que l'anus contre nature est une opération à conséquences graves.¹

Les statistiques réunies de Haenel, de Hahn, Kocher, Körte et Tostivint donnent 116 décès sur 165 opérés, soit un coefficient mortuaire de 70,29 % se divisant comme suit :

Accidents immédiats : 80, soit 48,48 %.

Accidents secondaires : 36, soit 21,81 %.

Quant aux accidents tardifs résultant du rétablissement du cours des matières, on peut, d'après Dupuytren, Deplanque, Barette et Goetz, les évaluer à 15 %.

Alors qu'on a une moyenne de 70 % imputable à l'anus lui-même, on ne compte que 15 % d'accidents dûs au rétablissement du cours des matières.

Ce qui prouve simplement que l'anus contre nature, après avoir perdu la majorité des malades, en amène quelques-uns, assez bien doués pour pouvoir lui résister jusqu'au bout, à une intervention curative.

Et cela explique du même coup la supériorité des statistiques de résection tardive sur celles de résection primitive.

M. le professeur Julliard, par exemple, sur 19 cas de hernie gangrenée traitée par l'anus contre nature et la résection tardive a eu 19 succès. C'est que dans ce cas, la résection fut faite sur des sujets de choix, épargnés par l'anus contre nature et en bonne posture devant une nouvelle intervention.

Il n'en est pas ainsi dans la pratique de la résection primitive qui s'adresse à tous les malades, sauf contre-indication formelle. Le passif de cette intervention précoce se trouve augmenté de la sorte de tous ces

cas désespérés qui, traités par l'établissement d'un anus artificiel n'ont pas le temps d'aller *noircir* les statistiques de résection secondaire.

La statistique signifie donc peu de chose. Et nous préférons nous attacher à l'étude des avantages et des inconvénients de l'anús contre nature, tels que les formule la majorité des auteurs.

Du côté avantages, nous avons à signaler la simplicité du manuel opératoire, qui permet le plus souvent de se passer d'anesthésie générale. Le choc opératoire se trouve de ce fait très réduit. Encore faut-il distinguer les cas où l'on fait la simple ponction de l'intestin suivant le procédé de Lawrence, de ceux où un sphacèle étendu nécessite une résection immédiate. L'expérimentation sur les animaux semble faire en effet la part du choc, fonction de la durée d'une intervention et celle du choc, fonction de la résection elle-même. Nous aurons l'occasion d'insister plus tard sur ce point.

Ajoutons à cela les résultats immédiats généralement bons de l'anús contre nature qui fonctionne assez tôt dans la plupart des cas pour produire en temps utile l'évacuation de l'intestin.

Passons maintenant aux inconvénients multiples de l'anús contre nature. Ils résident dans les diverses complications susceptibles de survenir au cours de l'établissement de l'anús contre nature au cours de son existence et au cours de son traitement.

1° COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION

a) La mort subite qui serait aussi fréquente que dans l'entérorraphie.

b) Collapsus post-opératoire dont Barette rapporte trois cas.

c) Perforations intestinales et déchirures des adhérences protectrices (Barette).

d) Péritonite généralisée succédant aux accidents ci-dessus. Barette en rapporte trois cas dans sa thèse.

2° COMPLICATIONS FONCTIONNELLES

Elles peuvent être d'ordre local ou d'ordre général souvent les deux à la fois.

A) *D'ordre local :*

a) Erythèmes et ulcérations. — Ces lésions sont la règle au bout de peu de temps. D'une part le suintement continu des matières alcalines, d'autre part le contact des pansements antiseptiques humides, produisent la macération de l'épiderme et l'ulcération du derme. La peau rougie et épaissie entourant l'orifice anormal est le siège de douleurs parfois cuisantes.

b) Erysipèle. — Très fréquent avant la période antiseptique, il est beaucoup plus rare de nos jours, cependant on doit le signaler.

c) Phlegmon stercoral. — Souvent très tardif, il est dû à une déchirure de l'entonnoir membraneux, déchi-

rure qui permet l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et des couches musculaires par les matières intestinales. Très douloureux et s'accompagnant d'un état général grave, le phlegmon stercoral est fréquemment mortel chez les vieillards.

d) Péritonite enkystée. — Elle est très fréquente dans les cas d'anús établi à chaud; elle est provoquée par des fusées purulentes envahissant le paquet intestinal fixé au voisinage de l'orifice. L'existence de telles lésions constitue souvent un obstacle insurmontable à la cure de l'anús contre nature par la résection.

e) Prolapsus de la muqueuse. — Il existe toujours à un faible degré. Lorsqu'il atteint certaines dimensions, il crée une complication dangereuse.

B) D'ordre général :

a) Accidents psychiques. — L'état mental de beaucoup de malades hantés par l'obsession d'une infirmité qui les met au ban de la société s'achemine progressivement vers la mélancolie. Chaput cite le cas de malades qui, pour restreindre leurs fonctions intestinales anormales en vinrent à refuser les aliments et à la mort par inanition.

b) Inanition. — Dupuytren signala le premier les altérations graves de la nutrition dans les cas d'anús contre nature situé sur l'intestin grêle. Ce siège de l'anús contre nature est le plus fréquent dans les cas de gangrène herniaire et l'on n'a en général que des données relatives sur la situation exacte de l'orifice.

La véritable *chymorragie* par laquelle le malade

perd en grande quantité sucs intestinaux et principes alimentaires, le conduit rapidement à une issue fatale. Géraud cite dans sa thèse inaugurale le cas d'un nègre excessivement robuste porteur d'un anus artificiel accidentel intéressant le duodénum et qui mourut en quinze jours, d'inanition.

c) Péritonite généralisée. — Elle est le fait, comme nous l'avons vu, de tout ce qui peut mettre en communication le foyer infectieux avec la grande cavité péritonéale. Les perforations tardives du bout supérieur signalées par Chapplain, English en sont la cause au même titre que dans l'entérorraphie.

d) Occlusion intestinale. — Cette complication qui fait perdre tout le bénéfice de l'intervention a été aussi fréquemment signalée à la suite de l'anus contre nature qu'à la suite de l'entérorraphie. Elle peut être due à la disposition en X des deux bouts (Coulhon) à la soudure du bout supérieur au voisinage de l'anneau (Mickuliz), à l'éversion irréductible de l'intestin (Sabatier, Mahar, Puy), à la sténose de l'orifice avec existence d'un éperon considérable (Terrillon, Billroth et Chaput).

c) Inconvénients résultant de la cure de l'anus

Très considérables autrefois, il faut reconnaître qu'ils sont moins nombreux depuis qu'on traite l'anus contre nature par l'entérectomie et l'entéro-anastomose.

Le Dentu a rapporté au Congrès de Chirurgie de 1895, quarante cas d'entérectomie secondaire pour

anus contre nature avec trente-cinq guérisons. Nous avons déjà signalé la statistique de Julliard comportant dix-neuf cas et dix-neuf guérisons. Il ressort donc de l'exposé des inconvénients de l'anus contre nature que le reproche capital qu'on puisse lui faire soit d'être très dangereux par lui-même. Une faible minorité de malades arrive après avoir résisté victorieusement à l'anus contre nature, au traitement curatif. Ce traitement qui paraît être dans la majorité des cas l'entérectomie, comporte des difficultés opératoires qui lui sont communes avec l'entérectomie primitive, mais des dangers moindres par suite de l'état général meilleur des malades.

Indications de l'anus contre nature

On peut, d'après Lejars, les ramener aux cas suivants :

1° « Lorsque la stercorémie est si profonde que « toute intervention se jugerait par la mort ».

2° « Lorsque, isolé, dénué de l'outillage strictement « indispensable, l'opérateur ne peut pas ou ne croit « pas pouvoir, en conscience, mener à bien l'intervention complète ».

Enfin :

3° Lorsqu'on se trouve en présence d'un phlegmon stercoral.

La nature a préparé la voie dans ce cas, une simple incision achèvera son œuvre.

II. — *Traitement de la Gangrène herniaire par l'Entéro-Anastomose sans Résection primitive*

GÉNÉRALITÉS

Les procédés qu'il nous reste à signaler sont basés sur l'application de l'opération de Maisonneuve au traitement de la gangrène herniaire.

Leur caractère différentiel c'est d'éviter la résection au moment critique sans passer par l'anus contre nature.

Avant d'entrer dans le détail de ces procédés et des observations qui les étayent, nous nous livrerons à quelques considérations sur la valeur de l'entéro-anastomose au point de vue spécial qui nous occupe.

« L'entéro-anastomose, dit Chaput, est une opération qui consiste à faire communiquer latéralement deux anses d'intestin sans qu'il y ait eu résection préalable. »

Le même auteur insiste sur le caractère particulier de bénignité que donne à cette opération l'absence de résection.

C'est à Maisonneuve que revient l'honneur d'avoir conçu et exécuté le premier cette méthode opératoire. Ce chirurgien entrevoyait dès 1845, la possibilité de l'entéro-anastomose qu'il ne put ou ne voulut appliquer que neuf ans plus tard. Ce fut à l'iléo-colostomie que Maisonneuve eut recours en 1854 pour un cas d'étranglement interne.

La tentative, ainsi qu'une deuxième pour un cas d'anus contre nature, ne fut pas couronnée de succès et les deux malades moururent. L'opération tomba rapidement dans l'oubli jusqu'à l'ère antiseptique qui permit à Wölfler de créer la gastro-entéro-anastomose. Ce chirurgien admit d'emblée l'application d'une technique analogue aux anastomoses purement intestinales. Billroth, en 1883 fit la première entéro-anastomose aseptique, pour un cas de rétrécissement du cæcum. Il ne fut pas plus heureux que Maisonneuve et c'est Von Hacker qui ouvre la bonne série avec deux succès.

Puis la méthode passe l'Océan et fait l'objet des travaux de Senn et de Jesset, travaux sur lesquels nous allons revenir.

A peu près à la même époque, vers 1889, Chaput, le premier en France, après Maisonneuve, pratique l'entéro-anastomose.

Le même auteur lance définitivement la méthode par la publication de son mémoire des *Archives générales de Médecine*, 1891.

L'anastomose intestinale peut faire communiquer deux anses grêles : *iléo-iléostomie* ; deux anses du gros intestin : *colo-colostomie* ; l'S iliaque et le rectum : *colo-rectostomie*.

L'anastomose sans résection est forcément du type *latéro-latéral*, c'est-à-dire que la communication est établie entre deux anses placées côte à côte.

Au point de vue du manuel opératoire nous citerons pour mémoire le procédé *des plaques osseuses de Sennet* et le procédé *de la pince de Chaput*.

Ces méthodes compliquées ont fait place à l'emploi presque généralisé des sutures.

Quant aux boutons anastomotiques modernes, il n'est que peu de chirurgiens qui s'en servent pour les anastomoses latéro-latérales, la gastro-entéro-anastomose étant mise à part. Czerny qui les utilisait dans toutes ses interventions gastro-intestinales y a renoncé dans les anastomoses du type latéro-latéral à cause des obstructions possibles (Robson, Vautrin cités par Souligoux).

La meilleure technique paraît être la suivante :

Les deux anses étant placées côte à côte, suivant le *procédé de Senn par apposition latérale* on procède par un massage doux à l'évacuation de celles-ci et on fait la coprostase. Puis, 1° au niveau de la future ligne d'incision et sur une étendue de 5 à 9 centimètres on fait une suture séro-séreuse continue à l'aiguille de couturière et à la soie. Ce surjet est arrêté à tous les trois ou quatre points.

2° A un demi-centimètre de ce surjet d'adossement, on incise les tuniques séro-musculaires de chaque anse ; suture séro-musculaire des deux lèvres postérieures.

3° Incision de la muqueuse de chaque anse, puis suture muco-muqueuse continue et faisant tout le tour de l'orifice sans excision du *trop plein* de la muqueuse.

4° Suture séro-musculaire antérieure.

5° Suture séro-séreuse antérieure.

Ce procédé a l'avantage, en retardant le plus possible l'incision de la muqueuse, de mettre à l'abri du contenu intestinal pendant toute la première partie

de l'intervention ; le principe des sutures à étages est en outre appliqué ici dans toute sa rigueur et donne des garanties sérieuses de solidité et d'étanchéité qu'on ne peut avoir dans l'entérorraphie circulaire qui réclame pour être inoffensive de sérieuses économies d'étoffe.

AVANTAGES DE L'ANASTOMOSE PAR OPPOSITION LATÉRALE

Ces avantages, d'après Senn et Jesset reposent d'une part sur la bénignité de l'anastomose comparative-ment à la gravité de la résection, d'autre part sur la simplicité de la technique comparativement aux difficultés de l'entérorraphie circulaire, enfin sur des considérations d'ordre mécanique.

Senn fit une série de 150 vivisections destinées à comparer les effets sur le chien, de l'anastomose de Maisonneuve d'une part, avec ceux de la résection intestinale d'autre part.

Il constata, au cours de ses expériences l'effet physiologique différent de chacune de ses interventions.

Tandis que l'entéro-anastomose avec exclusion physiologique de portions considérables d'intestin grêle ne produit aucun trouble appréciable de la nutrition, la résection de portions équivalentes ou même inférieures provoque des troubles physiologiques caractéristiques.

L'animal entérostomisé conserve son poids et son appétit. La partie *active* du tube digestif ne présente

pas d'hypertrophie fonctionnelle. La partie rendue inactive présente de l'atrophie fonctionnelle.

La bouchè anastomotique assure la dérivation permanente des matières et on ne constate pas d'accumulation dans l'anse exclue.

L'animal, privé par la résection d'une portion de son tube digestif, présente après l'intervention, une diminution marquée de poids. L'appétit s'exagère jusqu'à la voracité.

Comment expliquer ces effets différents de l'entéro-anastomose et de la résection.

On a dit que l'effet grave de la résection était dû pour une part à la suppression brusque d'une partie de la surface absorbante de l'intestin.

Mais alors, il en serait de même dans l'entéro-anastomose où l'on constate l'atrophie fonctionnelle rapide de la partie rendue inactive sans hypertrophie compensatrice.

Peut-on accuser la plus grande durée opératoire de la résection d'un choc proportionnel à cette durée?

L'anastomose est certes plus longue entre les mains d'un saturiste expérimenté que la résection entre celles d'un bon boutonniste.

Les expériences de Senn semblent donc démontrer que la résection comporte, indépendamment des questions de terrain et de durée opératoire, une gravité qui lui est propre.

Si le choc dépend pour une grande part du terrain tout d'abord, de la durée de l'intervention ensuite, on peut affirmer qu'il dépend pour une grande part aussi de la *qualité* de l'intervention.

La durée de l'intervention, c'est surtout la durée de l'anesthésie. La qualité c'est l'intervention qui conserve et celle qui *supprime*.

Une amputation d'un membre dans sa continuité, faite en un tour de main cependant, comporte certainement un choc plus considérable qu'une résection d'articulation longue et minutieuse. Une désarticulation en masse d'un membre entier produit un choc plus grave encore qu'une amputation.

Pourquoi la résection intestinale qui constitue par excellence une amputation dans la continuité, échapperait-elle aux effets habituels des opérations supprimantes. Toute suppression de territoire entraîne des altérations nerveuses centrales qui aboutissent à la dégénérescence progressive des centres commandant au territoire supprimé ; cet état de mort fonctionnelle des centres nerveux intéressés n'est atteint qu'au prix de troubles préalables de la statique du système nerveux tout entier. Et cette rupture d'équilibre ne sera-t-elle pas particulièrement préjudiciable à l'harmonie des différentes fonctions dans un organisme aussi profondément intoxiqué que l'est celui du stercorémique ?

Ces considérations nous amènent donc à conclure que le choc opératoire est fonction du terrain, de l'anesthésie et de la qualité de l'intervention.

L'anesthésie si grave chez les sujets déjà amoindris par la maladie a l'avantage de pouvoir être en quelque sorte réglée au gré de l'opérateur. Certains chirurgiens interrompent la narcose au moment des manipulations intestinales en général indolores. Ce carac-

rière d'insensibilité des viscères abdominaux, paraît encore un argument de plus en faveur de la distinction que nous avons cherché à établir entre les interventions conservatrices et supprimantes.

La statistique semble de même démontrer la gravité moindre de l'entéro-anastomose par rapport à la résection. Lardennois, cité par Souligoux, a trouvé sur 108 cas d'entérorraphie circulaire 44 cas de mort, soit une mortalité de 41,6 % et sur 26 cas d'entéro-anastomose 5 cas mortels, soit une mortalité de 19,2 %.

Nous ne saurions donner de meilleures appréciations de la technique de l'entéro-anastomose que celles empruntées au rapport du Professeur Roux (de Lausanne) au Congrès international de Chirurgie de 1900 :

« L'anastomose tient le milieu, par ses risques, sa technique, et ses résultats entre les fistules et l'opération radicale. »

Ses risques opératoires un peu plus considérables que ceux de l'entérotomie simple ne sont certes pas à comparer à ceux de la résection.

La faible mortalité opératoire de la gastro-entérostomie en est la preuve flagrante.

La technique est affranchie de la minutie irréprochable qui doit être apportée à l'exécution des sutures dans l'entérorraphie circulaire. L'obligation où l'on se trouve de ménager à tout prix la précieuse étoffe au risque de créer une suture insuffisante, ou si on est moins avare une valvule oblitérant l'intestin, complique singulièrement la technique de l'entérorraphie circulaire. La faculté de prendre latéralement l'étoffe,

fait au contraire de l'entéro-anastomose une opération de choix pour le débutant : « Un débutant aurait tous les jours la ressource d'ensevelir sa suture sous un « dernier surjet péritonéal au lieu d'ensevelir son « malade. »

Si au point de vue théorique, les résultats fonctionnels semblent devoir être moins parfaits que ceux des anastomoses termino-terminales, ils sont cependant excellents.

Le rétrécissement de la bouche anastomotique, reproche grave fait à l'opération de Maisonneuve se rapporte à l'observation de cas où l'orifice fut trop parcimonieusement taillé comme cela paraît ressortir des observations de Salzwedel et de Kredel, rapportées ici.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité de faire une large bouche anastomotique, la longueur illimitée de la communication étant précisément un des grands avantages de l'entéro-anastomose. Le passage régulier des matières joint à l'action du péristaltisme de l'intestin qui a pour effet de faire *bailler* l'orifice en tirant sur ses bords, paraissent être autant de conditions favorables au maintien de la perméabilité de l'anastomose.

La communication est en outre indépendante du calibre des anses.

La crainte de déterminer un cul-de-sac ou un cœcum ne paraît pas fondée chez l'homme : Senn a insisté sur cette absence d'accumulation des matières dans l'anse exclue.

L'invagination d'un des bouts, accident constaté

dans les anastomoses par implantation latérale ne paraît pas à craindre dans l'apposition latérale (Souligoux).

Indications et contre-indications

Nous les empruntons au mémoire déjà cité du Professeur Roux : « 1^o Lorsque le malade ne peut
« supporter que l'entérotomie ; 2^o lorsque ses forces
« permettent de faire mieux, c'est-à-dire de tenter une
« opération plus radicale, surtout si l'intestin est
« suspect et l'opérateur habile ; 3^o lorsque l'état de
« l'intestin exige, sous peine de mort, la suppression
« immédiate d'une ou plusieurs anses gangrenées ou à
« peu près. Toutefois, l'anastomose peut être combinée
« dans quelques-uns de ces cas avec l'extra-péritonéa-
« lisation des anses suspectes, dont on fait la résec-
« tion un ou deux jours après, quand le malade s'est
« remis du choc nerveux abdominal ; c'est une pra-
« tique recommandable dans la hernie étranglée du
« haut de l'intestin grêle pour laquelle un anus contre
« nature serait suivi d'une dénutrition trop rapide. »

A. — PROCÉDÉ D'ENTÉRO-ANASTOMOSE DE HELFERICH

Helferich (de Greifswald), a proposé au dix-neuvième Congrès des Chirurgiens allemands en 1890 un nouveau mode de traitement des lésions de l'étranglement herniaire.

Les deux observations rapportées par Helferich et que nous publions ici se rapportent à des cas où la vitalité de l'intestin était douteuse. Nous avons déjà dit que Helferich et ses imitateurs ont préconisé dans la suite l'application de ce procédé au traitement des lésions de la gangrène herniaire en général, lorsqu'il y a contre-indication à une opération plus radicale.

Samter préconise le manuel opératoire du professeur de Greifswald dans les cas de phlegmon herniaire, avec des modifications de technique qui sont exposées plus loin.

Le procédé d'Helferich consiste à établir entre les bouts afférent et efférent de l'anse malade une anastomose par apposition latérale. Les matières intestinales dérivées par cette anastomose épargnent l'anse souffrante qu'on laisse en observation pendant un ou deux jours. En cas de *restitutio ad integrum* de l'anse, on réduit celle-ci au plus tôt. Si, au contraire, l'évolution vers la gangrène a lieu, on résèque dans un second temps et réduit après occlusion des deux bouts. L'éventualité la plus grave consiste dans la fistulisation de l'un des deux moignons. Même dans cette alternative, le danger n'est pas considérable pour le malade, la contiguïté des moignons et de la plaie appelant la fistule de ce côté. D'autre part, la dérivation du cours des matières constitue une circonstance favorable pour la guérison de la fistule.

Telle est en principe la méthode de Helferich.

Les observations suivantes font bien ressortir le manuel opératoire de la méthode :

OBSERVATION I

(Traduite de Helferich)

Femme de 54 ans. — Hernie inguinale double depuis vingt ans. La malade a porté régulièrement un bandage.

Le 13 novembre 1889, la hernie gauche sort et devient irréductible. Signes d'étranglement d'intensité croissante ; le taxis est pratiqué le lendemain sans résultat.

Entrée à l'hôpital ce même jour après midi. On constate à droite une hernie inguinale du volume d'un œuf de poule, à gauche une hernie du volume du poing, tendue douloureuse et irréductible. Tympanisme à la percussion. Météorisme abdominal sans hypéresthésie de la paroi. On fait le diagnostic de hernie inguinale gauche étranglée.

Opération. — Elle a lieu immédiatement. Le sac ne contient pas de liquide. Il renferme une anse intestinale de 20 centimètres environ et repliée trois fois sur elle-même. Quelques adhérences lâches entre le sac et l'intestin. On constate l'existence de deux grosses taches d'un noir bleuâtre siégeant à l'une des extrémités de l'anse, près de l'orifice herniaire. Ces taches sont séparées du tissu environnant par un anneau jaunâtre.

Après un débridement suffisant, on attire l'anse au dehors. Le sillon d'étranglement plus marqué sur l'anse efférente ne présente pas de points suspects. Les deux taches ci-dessus mentionnées contrindiquent la réduction immédiate. Il parut indiqué de laisser l'anse hors de la cavité abdominale et de faire une entéro-anastomose entre les bouts afférent et efférent.

A cet effet, sans débridement supplémentaire on continue à attirer l'intestin. A 20 centimètres environ du sillon d'étranglement on évacue l'intestin en amont et en aval par un massage modéré. La coprostase est assurée à l'aide de minces liens en caoutchouc. Puis on fait sur chaque bout, près du bord mésentérique une incision longitu-

dinale de 4 centimètres environ. Après désinfection des lèvres de chaque plaie, on suture celles-ci deux à deux de façon à obtenir entre les deux anses un orifice de communication. On réduit avec soin dans le ventre l'anastomose tandis que la portion suspecte est laissée à l'extérieur et fixée par quelques points aux lèvres de la plaie. Pansement peu serré à la gaze iodoformée et au coton. Durée de l'opération une heure et demie. Immédiatement après l'opération l'état général était assez mauvais.

Le lendemain pas de modification du côté des taches suspectes ; l'anse est laissée en surveillance. Par contre l'état général est très satisfaisant. Pas de température. Les vomissements n'ont pas reparu ; le météorisme a disparu.

Au troisième jour, la gangrène est absolument constituée au niveau des taches suspectes. Puis celles-ci se perforèrent et livrent passage à quelques matières. Pendant ce temps l'état général s'est encore amélioré et le cours normal des matières n'a pas cessé ; l'apyrexie est toujours complète.

Le 23 novembre, c'est-à-dire 10 jours après la première intervention, on résèque l'anse herniée jusqu'à deux travers de doigt de la plaie. Après excision de la muqueuse exubérante, on procède à l'occlusion des deux bouts à l'aide d'une suture appropriée.

L'intervention se fit sans anesthésie si ce ne fut sans douleur. Ligature de nombreux vaisseaux.

Le 28 novembre on renouvelle le pansement.

On voit sourdre quelques matières au niveau du bout afférent. Eczéma peu étendu de la peau avoisinant la plaie. Les deux bouts sont cependant en bonne voie de cicatrisation et débordent encore un peu la plaie abdominale. On place un pansement compressif avec un sachet de grenaille de plomb. Ce pansement donne un très bon résultat. Dès la fin décembre, la fistule et la plaie ont suffisamment diminué pour qu'on puisse entreprendre la restauration de la paroi et obtenir une guérison définitive.

Une grippe intercurrente fait rester la malade à l'hôpital jusqu'au 15 février 1890, date à laquelle elle sort complètement guérie et avec un bon état général. Des nouvelles ultérieures de la malade n'ont pas démenti la guérison.

OBSERVATION II

(Traduite de Helferich)

Femme de 76 ans. Hernie crurale gauche. La tumeur a augmenté brusquement de volume depuis trois jours et la hernie est devenue irréductible. Les signes d'étranglement vont s'aggravant sans cesse : vomissements fécaloïdes.

Le 13 décembre 1889, entrée à l'hôpital. La malade est très souffrante avec état général très grave. Météorisme abdominal avec une réaction peu marquée de la paroi. Pouls petit et très fréquent. La tumeur très douloureuse est du volume du poing.

Opération sur le champ après un lavage d'estomac préalable. Liquide sanguinolent dans le sac et issue d'un gros bouchon épiploïque recouvrant en partie une anse grêle noirâtre. Excision par dose fractionnée de la masse épiploïque après ligature de son pédicule. Réduction du moignon. On peut ensuite amener l'anse qui présente au niveau du sillon d'étranglement et sur le bout afférent des lésions contre-indiquant la réduction. Entéro-anastomose comme dans l'opération précédente. Les deux bouts intestinaux diffèrent notablement d'aspect. Le bout efférent est pâle et rétracté, le bout afférent cyanosé et dilaté. Suture soignée à deux étages avec les précautions habituelles... Réduction de l'anastomose; fixation à la plaie de l'anse suspecte. Pansement léger. Durée de l'opération une heure et quart.

La patiente très affaiblie avant l'opération tombe en collapsus pendant celle-ci. On fait sur le champ deux

piqûres d'éther camphré, puis une piqûre d'heure en heure.

La malade meurt le jour même, sans être sortie du coma.

OBSERVATION III

(Traduite de Salzwedel)

Salzwedel présente le 12 mai 1890 à la Société Libre des Chirurgiens de Berlin un malade auquel il fit le 11 avril de la même année l'opération de Helferich pour une hernie étranglée suspecte de gangrène.

Après libération de l'intestin on constate trois points suspects de la grosseur d'une lentille. L'intestin est attiré de manière à ce que chaque bout dépasse l'orifice herniaire d'un travers de main. Puis on établit entre les deux extrémités voisines de l'orifice une entéro-anastomose mesurant 4 centimètres de long et admettant facilement trois doigts. Réduction de l'anastomose et extrapéritonéalisation de l'anse suspecte. Gaz par l'anus dès le second jour.

Les points suspects s'étant sphacelés on fit au douzième jour (selle spontanée au dixième jour après cessation de l'opium) la résection de l'anse au ras de la plaie. L'anastomose située à 10 centimètres environ de la plaie abdominale n'admet plus à ce moment que l'extrémité du petit doigt. Occlusion des bouts par invagination et suture séro-séreuse. Selle par l'anus le lendemain. Durée de l'opération : une heure $3/4$.

Trois jours après, les sutures lâchent et il se forme un anus contre nature. Dès ce moment l'anastomose se rétrécit de plus en plus de sorte que le 8 mai elle n'admet plus que l'extrémité d'une sonde uréthrale.

L'éperon de l'anus contre nature étant très peu marqué on projette de le sectionner à l'entérotome de Dupuytren.

OBSERVATION IV

(Traduite de Kredel)

Femme de 63 ans, très chétive. Vomissements fécaloïdes depuis 11 jours. L'absence de signes locaux avait fait mettre hors de cause une hernie inguinale gauche du volume d'un œuf de poule. Le ventre très distendu surplombe le thorax placé en contre-bas. Un lavage d'estomac pratiqué avant l'opération évacua plus d'un litre de liquide fécaloïde.

Opération le 14 avril. A l'ouverture du sac on tombe sur une anse grêle longue de 15 centimètres environ et de coloration foncée. Sillon d'étranglement très marqué et d'aspect douteux au niveau de l'anse afférente.

Pendant le débridement la séreuse de l'anse se déchire sur la moitié de sa circonférence. On attire alors toute la portion gangrenée pour faire à cinq travers de doigt au-dessus du sillon d'étranglement une entéro-anastomose ainsi que le conseille Helferich.

A cet effet, incision longitudinale de l'anse afférente près de son bord mésentérique. La patiente très affaiblie semblait être dans un état subcomateux et la terminaison rapide de l'opération s'imposant, on fit une incision ne dépassant pas 3 centimètres. Hémorragie intestinale assez marquée dont l'hémostase fut négligée pour gagner du temps. On fait l'anastomose de la façon suivante : La lèvre postérieure de l'incision est suturée au bout efférent par un surjet séro-séreux, puis on incise à son tour le bout efférent près du surjet. Il ne reste alors à réunir que les lèvres antérieures des deux bouts. La suture est particulièrement soignée au niveau des angles de l'anastomose. Réduction de l'anastomose. Fixation à la plaie de l'anse suspecte.

Le collapsus ayant cédé à un traitement approprié, on constate le lendemain une amélioration marquée de l'état général. Gaz par l'anus au bout de 24 heures. Première

selle au bout de deux jours et à partir de ce moment, alternatives de selles liquides ou molles et de matières dures.

Au quatrième jour l'anse herniée paraissait sauvée lorsqu'il se forma une fistule au niveau d'une tache hémorragique. Issue d'un liquide brunâtre assez abondant. Le cours normal des matières subsiste cependant. Les quelques matières solides passant par la fistule avaient l'aspect d'aliments non digérés d'où l'on pouvait déduire le siège élevé de la fistule sur l'intestin grêle.

Le traitement de la fistule dans un second temps fut malheureusement retardé, la malade présenta, à la suite d'une dose un peu forte de sulfonal, de l'arythmie cardiaque qui contrindiqua pendant longtemps l'anesthésie. On ne put songer à pratiquer le second temps de l'opération qu'au bout de 4 semaines.

Second temps : L'anse ayant contracté des adhérences étendues avec la plaie abdominale est difficile à libérer. Les sutures placées dans le tissu de cicatrice entourant la fistule lâchent en partie.

Une nouvelle tentative faite peu de jours après sous anesthésie insuffisante n'est pas plus efficace que la première.

Le 23 juin, nouvelle et dernière tentative de traitement de la fistule. Comme il n'y avait pas d'éperon, on fit, après libération des deux anses, une entérorraphie circulaire suivie de réduction de l'intestin et de restauration de la paroi. Malgré la persistance d'une fistulette, la guérison paraît certaine. Le cours des matières est normal. Constipation opiniâtre par usage prolongé d'opium. Après cessation de l'opium les matières sont redevenues normales et la malade est complètement guérie.

OBSERVATION V

(Traduite de Samler)

Femme de 45 ans : hernie crurale droite étranglée depuis cinq jours, du volume d'une petite pomme. La peau de la tumeur est d'aspect phlegmoneux dans une circonférence de 10 à 15 centimètres de diamètre. Météorisme considérable. Pouls défaillant à 124. T. 38, 4. Signes d'occlusion complète depuis cinq jours.

L'incision sous anesthésie ouvre un foyer purulent d'odeur fécaloïde contenant le sac et une anse intestinale de 8 centimètres environ de long complètement gangrenée. Comme après attente suffisante on put constater que l'intestin gangrené ne livrait passage à aucune matière, on fit en dehors de la ligne blanche et en dedans du phlegmon dans une partie de la paroi paraissant saine, une incision de 12 centimètres qui donna issue à une sérosité péritonéale d'apparence louche. Les deux bouts de l'anse herniée sont attirés facilement, le bout afférent est très distendu et congestionné avec quelques foyers hémorragiques sous-séreux, l'efférent très rétracté. On établit entre ces deux bouts, à 12 centimètres environ de leur entrée dans le canal herniaire, une entéro-anastomose. Deux heures après l'intervention, il y eut déjà des gaz et une faible selle par l'anus. Tandis que l'anus contre nature ne livra passage à quelques matières que vers le troisième jour seulement.

Le cours des matières étant ainsi rétabli, il fallait songer à fermer l'anus contre nature. Le plus simple eût été de réséquer l'anse herniée et de fermer isolément ou en les réunissant les deux bouts. Dans ce but et pour préserver la malade d'une éventration possible, on essaya de disséquer les deux bouts jusqu'à une certaine distance de l'orifice herniaire et en laissant les deux moignons dans le canal herniaire. Ce procédé trop compliqué fut abandonné.

La deuxième intervention qui ne put avoir lieu que sept semaines après se fit par la voie de la cicatrice au niveau de laquelle les anses avaient contracté des adhérences multiples entre elles et avec la paroi. En libérant ces adhérences, on déchira assez largement une anse et il fallut la suturer avant de pouvoir disséquer et suturer le bout efférent.

Lorsque, par une incision oblique, on fit la troisième laparotomie, la recherche du bout afférent fut si difficile grâce à la présence d'adhérences nombreuses (on dut disséquer à nouveau le bout afférent adhérent et qui barrait le passage) qu'on dut cependant avoir recours en fin de compte au débridement de la voie herniaire. On vit ainsi que le bout afférent s'était logé en arrière en dehors et en dessous du bout efférent. Comme on redoutait de laisser plus longtemps la malade sous anesthésie, on se contenta de l'occlusion temporaire à la peau du bout afférent pour empêcher, pendant les premiers jours, le passage du contenu intestinal par la plaie tamponnée. Deux jours après cette troisième intervention la malade était très affaiblie, aussi fit-on l'intervention finale avec le secours d'une anesthésie locale à la cocaïne. Pour libérer l'anse de ses adhérences, on dut pratiquer une incision de décharge de 6 centimètres dirigée sur la ligne médiane. Après suture de l'intestin on réduisit et on appliqua un pansement progressif. Depuis lors, le rétablissement complet du cours des matières ne s'est pas démenti.

B. — PROCÉDÉ DE M. ROUX

(de Lausanne)

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Roux la série des douze observations suivantes.

Le principe de la méthode réside dans l'application

de l'entéro-anastomose au premier temps du traitement de la gangrène herniaire. Cet abouchement latéral suit immédiatement la kélotomie dont les incisions sont utilisées pour amener les anses à anastomoser, chaque fois que cela est possible.

Le manuel opératoire a été décrit ci-dessus dans les considérations générales relatives à l'entéro-anastomose par apposition latérale.

L'étranglement étant levé et une portion suffisante d'intestin étant amenée à la portée de l'opérateur, celui-ci après avoir placé côte à côte la partie saine des bouts afférent et efférent de l'anse suspecte ou gangrenée procède de la façon suivante. Il fait :

1^o Au catgut un surjet séro-séreux d'adossement postérieur ;

2^o Une incision et suture séro-musculaire postérieure à la soie ;

3^o Une incision et suture muco-muqueuse à la soie ; Cette suture continue faisant tout le tour de l'orifice ;

4^o Une suture séro-musculaire antérieure à la soie ;

5^o Au catgut un surjet séro-séreux d'adossement antérieur.

Le deuxième temps de l'intervention varie suivant les circonstances. Son étude ne fait pas l'objet de ce travail. Il consiste dans les cas simples à réduire l'anse régénérée. Les cas plus compliqués imposent la résection ou le traitement de complications telles que les fistules stercorales ou l'anus contre nature.

Les avantages de l'entéro-anastomose dans le traitement de la gangrène herniaire tiennent de la simplicité de sa technique et du bon résultat fonctionnel.

En cas de scrupule sur la technique ou de doute sur la solidité des sutures rien n'empêche de faire un tour supplémentaire de sutures séro-séreuses.

La sécurité qui résulte de cette pratique n'expose pas au danger de la formation de valvules ou de diaphragmes venant oblitérer le conduit intestinal.

En outre ce tour de suture de plus masque au besoin les imperfections de technique, comme la bande d'un fusil de chasse masque la ligne d'apposition des canons sous-jacents.

On n'a pas non plus à se préoccuper des différences de calibre des anses en présence, différences qui sont la source de difficultés fréquentes dans l'anastomose termino-terminale par entérorraphie circulaire.

Il semble résulter de ces considérations que l'entéro-anastomose par abouchement latéral constitue une opération relativement facile, plus accessible aux moins habiles, que l'entérorraphie circulaire.

Nous ferons enfin remarquer en terminant que l'entéro-anastomose en rétablissant de bonne heure le cours normal des matières empêche la dénutrition et place le malade dans des conditions avantageuses pour affronter le choc d'une intervention secondaire.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale gauche étranglée

Op. 10 août 1897 : abouchement intestinal.

Op. 29 novembre 1897 : cure radicale de l'anus contre nature.

P. I., agriculteur, 63 ans.

Entré le 8 août 1897 ; sorti le 8 novembre 1897.

Entré le 27 novembre 1897 ; sorti le 22 décembre 1897.

Anamnèse : Un frère a été opéré d'une hernie.

Il y a deux ans le patient a remarqué dans la région inguino-scrotale gauche une petite tumeur, indolore, et qu'il n'a jamais cherché à faire rentrer dans l'abdomen. Pendant les travaux de campagne de l'année 1897 la tumeur augmente de volume, jusqu'à atteindre celui d'un petit poing d'adulte, le 5 août. La tumeur avait grossi assez rapidement le 3 et le 4, sans que le malade s'en inquiétât.

Dans la nuit du 5 au 6, maux de ventre, gargouillements, nausées, puis vomissements alimentaires et bilieux. Le lendemain il consulte un médecin qui lui donne des poudres. Les vomissements continuent, le malade ne prend aucune nourriture et ne peut aller à la selle.

Le 7 même état, avec vomissements fécaloïdes.

Le 8, il appelle un autre médecin qui à son arrivée débride la hernie et envoie le malade à l'hôpital. Ce jour-là, les vomissements continuent, pas de selles.

Status à l'arrivée du malade : Abdomen plat, un peu douloureux au-dessous du nombril et à gauche. Dans la région inguinale gauche on constate une plaie bâillante d'environ 7 centimètres. Par là sort une anse intestinale retenue aux parois de la plaie par une suture. Cette anse présente de grandes plaques de sphacèle. L'anse elle-même est rouge-violet, sans mouvements péristaltiques, même après irritation mécanique.

9 août 1897 : Ouverture de l'anse, d'un coup de bistouri. Il en sort des gaz et peu de matières glaireuses. Un drain placé dans l'anse afférente donne issue à 1 litre 1/2 de matières fécales liquides.

10 août 1897 : Opération. Abouchement latéral. Chloroforme puis éther.

Incision parallèle au Poupart, 3-4 centimètres au-dessus. Arrivé sur les deux branches de l'anse on procède à l'abouchement latéral selon l'habitude par trois plans de suture à la soie, plus une suture de sûreté au catgut après avoir placé les clamps au préalable. Dans cet abouchement on a eu soin de faire une sorte d'éperon fermant en partie la communication avec l'anus contre nature.

11 août : Prend un peu de bouillon, deux selles.

18 août : Une petite quantité de matières continue à sortir par l'anus *præternaturalis*.

28 août : Excision au thermocautère de l'anus *præternaturalis*. Cautérisation de l'intestin.

13 septembre : Il semble que des matières en plus grande quantité passent par l'anus artificiel.

4 octobre : Il reste une très petite fistule livrant passage à très peu de matières.

8 novembre : Le malade quitte l'hôpital avec une petite fistule donnant très peu de matières fécales. Selles normales.

27 novembre : Le malade rentre à l'hôpital, sa fistule continue à donner.

29 novembre : Opération. Ether.

Cure radicale de l'anus contre nature. Extirpation de l'anse herniée. Incision oblique, parallèle au Poupart à 6 centimètres au-dessus.

La cicatrisation de l'abouchement est parfaite, l'orifice laisse passer facilement un doigt. Le tout est mobile et libre d'adhérences. On place des pinces entre lesquelles on fait la section des deux bouts de l'anse et cela assez près de la suture d'abouchement latéral pour qu'une fois les

sutures faites et les canons de fusil fermés avec invagination, on obtienne comme une espèce de caecum. On circonscrit ensuite par deux incisions curvilignes l'anus artificiel, on dissèque de manière à l'exciser avec la portion de paroi qu'il traverse. Le tout dégagé, on enveloppe la partie excisée d'une gaze et on la fait sortir par l'incision.

Mikulicz par la plaie d'excision de l'anus artificiel.

30 novembre : Un lavement amène une évacuation de gaz et de matières.

9 décembre : 1^o Etat général bon.

22 décembre : Sortie. Etat général très bon. Il reste une fistule très peu profonde en voie de guérison.

OBSERVATION VII

Hernie crurale gauche étranglée

Opération Kélotomie, 23 juillet 1898. — Abouchement latéral.

S. M..., ménagère, 48 ans.

Entrée le 20 juillet 1898 ; mort le 23 juillet 1898.

Antécédents héréditaires : Père a eu une hernie.

Anamnèse. — La malade a eu huit accouchements. Il y a douze ans, à la suite d'un léger effort, après un accouchement, la malade remarque une petite tumeur douloureuse à la racine de la cuisse gauche. Elle porte de suite un bandage, qui relie bien la hernie. Après quelques années le bandage ne remplit pas bien son but, la hernie sort à côté et cause de vives douleurs. Elle souffre de constipation. En mai 1898, un docteur lui conseille une opération. Le 18 juillet, sans être plus constipée que d'habitude, elle est prise subitement de fortes douleurs dans le ventre et sent sa hernie devenir dure. Elle essaye vainement de la réduire. Vomissements alimentaires répétés. Se soigne par des applications chaudes jusqu'au soir du 19. Arrêt

complet des gaz et des matières. Un médecin appelé, sans essayer de taxis, l'envoie à l'hôpital où elle arrive le 20.

Status : Organes thoraciques, nihil.

Abdomen : A travers les parois minces et faibles on voit se dessiner des anses intestinales immobiles. Zone de matité occupant la partie inférieure de l'abdomen remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Status local : Tumeur inguinale gauche du volume d'un œuf de poule, allongée sur la moitié interne du Poupart ; les limites en sont nettes et la surface, légèrement bosselée.

La peau, légèrement tendue, est bleuâtre. La consistance de la tumeur est élastique, tendue. Immobile sur les plans profonds, la tumeur est douloureuse ; pas sonore. Côté gauche du ventre plus résistant que le droit.

Opération : Incision de 8 centimètres dans le grand axe de la tumeur, suivant la ligne du Poupart. La peau et une mince couche de tissu conjonctif incisées, on arrive sur l'enveloppe graisseuse — très mince — du sac. On dégage la tumeur, sectionne au bistouri boutonné le Gimbernat jusqu'à l'os. Puis on incise le sac, mince, bosselé, de couleur violet-foncé. Il contient une petite quantité de liquide assez clair, rouge-brunâtre, à odeur faible, un petit paquet épiploïque adhérent à la paroi du sac et une anse intestinale, de 6 centimètres environ. Lavage à l'eau stérilisée. On incise ensuite le sac jusqu'au collet y compris, ce qui permet d'attirer hors du sac l'épiploon dont on détache les adhérences. Sa partie herniée est de couleur rouge-foncé, avec dépôt fibrineux, suspect. Résection : Cowper et catgut. L'anse herniée, rougeâtre, a conservé sa surface luisante à part quelques petits dépôts fibrineux. Elle paraît en bon état, sauf au niveau de l'anneau d'étranglement sur le bout afférent, où la couleur est d'un rouge foncé, presque noirâtre, et où l'onde péristaltique ne se produit pas. On se décide à laisser l'anse au dehors jusqu'au lendemain et on prévient la réduction en passant une gaze iodoformée à

travers le mésentère. L'anse est entourée d'une torche de gaze iodoformée enduite de vaseline iodoformée. Pansement abondant non compréssif.

21 juillet : Anse de couleur uniformément rouge, mouvements péristaltiques peu prononcés. On rentre l'anse après irrigation abondante à l'eau salée. Suture de la peau.

Lavements : Ne ramènent que le contenu de l'ampoule. Le ventre se ballonne de plus en plus.

Le soir, vomissements répétés, à odeur fécaloïde.

22 juillet : Ventre douloureux.

Après plusieurs lavements, on produit une petite selle liquide. La malade prend pour la nuit 5 gr. d'huile de ricin qui produit une bonne selle.

23 juillet : Ventre douloureux et tendu. Lavements sans résultats.

Laparatomie : Narcose à l'éther.

Incision médiane. Les anses sortent sous grande tension. Elles sont rouges et les vaisseaux fortement injectés. Pas de mouvements péristaltiques. On trouve le gros intestin rétracté, vide, flasque. L'anse étranglée ne montre aucune altération notable, sauf un peu de fibrine. Irrigation abondante de la cavité et du contenu abdominal à l'eau salée. Puis on procède à l'anastomose et à une demi-exclusion de l'anse primitivement coupable. Celle-ci est prise entre des clams ; section, le bout afférent coiffé est mis de côté ; l'efférent largement sorti du ventre, après ligatures multiples des vaisseaux mésentériques.

On ouvre 6 centimètres de l'anse efférente (c'est-à-dire périphérique) et l'on vide l'intestin, rempli de gaz et d'un liquide jaunâtre. Puis anastomose latérale en canon de fusil. Sutures habituelles et fermeture des deux bouts. Transfusion intraveineuse, lavement galvanique.

Le soir, la malade meurt.

OBSERVATION VIII

Hernie crurale gauche étranglée

29 décembre 1899 : Kélotomie. Abouchement latéral.

14 février 1900 : Suture de la plaie intestinale et cutanée.

2 mars 1900 : Fermeture de l'anus iliaque.

S. M., ménagère, 76 ans.

Entrée le 29 décembre 1899 : Sortie le 18 avril 1900.

Anamnèse : Il y a environ trente ans, à la suite d'un effort, elle ressentit une vive douleur dans l'aîne gauche et y remarqua une petite bosse, du volume d'une noix, molle, douloureuse, qu'elle n'essaya jamais de réduire. La tumeur resta longtemps stationnaire et ne gêna nullement la patiente, sujette à la constipation. Elle n'a jamais porté de bandage.

Le 25 décembre 1899 : la malade a un peu de douleur au niveau de sa hernie, elle a de forts gargouillements et l'impression que les gaz ne passent que difficilement.

Le 28 décembre : douleurs violentes dans tout l'abdomen, la hernie augmente de volume, devient dure et douloureuse.

Pas de gaz, ni selles. Un médecin appelé essaye un taxis sans résultat. Quatre vomissements bilieux. Le docteur prescrit du laudanum et envoie la malade à l'hôpital.

Status général : Poumon et cœur : Nihil.

Status local, 29 décembre 1899 : Abdomen légèrement voussuré, sonore partout.

Palpation douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

A l'aîne gauche on voit une tumeur allongée, grosse comme un œuf de pigeon, recouverte d'une peau rougeâtre, lisse. Tumeur ferme à surface grenue. Mate à la percussion, pas de gargouillements.

Opération : Anesthésie locale.

Incision de 10 centimètres. Tissu périsacal assez abondant, infiltré, rougeâtre. Le sac incisé, l'anse intestinale apparaît de la forme et de la couleur d'un marron, baignant dans un peu de liquide rougeâtre. Débridement, puis on fait sortir un peu d'intestin sain. L'anse étranglée présente à sa partie antérieure une plaque noirâtre et quelques éraillures. Le côté postérieur est marbré. Collet du sac très foncé. Après avoir submergé et attendu, l'anse se contracte faiblement et partiellement.

On vide l'intestin et y place deux clans. Deux anses intestinales voisines mises en présence l'une de l'autre on fait une suture séro-séreuse à la soie. La séreuse incisée, on fait une autre suture séro-musculaire à la soie aussi. Incision de la muqueuse et suture à la soie.

Les deux anses de l'intestin grêle abouchées latéralement on pratique de nouveau une suture muqueuse, une musculaire et une séro-séreuse. Le tout est recouvert par une suture séro-séreuse au catgut fin. Ceci fait, on introduit l'anse abouchée dans la cavité péritonéale, laissant dehors l'anse étranglée, drain dans la cavité. Deux points de suture cutanée pour rétrécir le champ opératoire. Pansement iodoformé.

30 décembre 1899 : Un lavement ramène plusieurs selles liquides.

1^{er} janvier 1900 : Plusieurs selles diarrhéiques. Gaz nombreux.

2 janvier 1900 : Une des plaques nécrosée de l'anse étranglée donne issue à des matières fécales.

La fistule stercorale continue à donner.

14 février 1900 : Suture des deux bords de l'orifice intestinal, et des bords cutanés.

17 février 1900 : Les sutures de la plaie sautent, les fèces et de la bile s'écoulent à l'extérieur comme par le passé.

2 mars 1900 : Opération. Fermeture de la fistule iliaque, narcose légère, sans incident, au chloroforme, section sur la ligne médiane, de l'ombilic à la symphyse (15 centi-

mètres). On trouve dans la fosse iliaque gauche, allant s'accoler à la paroi, une anse grêle entière, recouverte de nombreuses et solides adhérences fibreuses près de son insertion au péritoine pariétal.

Cette anse présente, à 6 centimètres environ de la paroi abdominale, un accolement cicatriciel (suture ancienne), sur une longueur de 5 centimètres. Deux doigts peuvent facilement être introduits dans l'orifice de communication.

On circonscrit extérieurement, au moyen du bistouri, l'orifice de l'anus contre nature. On place des pinces sur les bords du moignon intestinal, puis par la fosse iliaque interne on sépare l'anse de ses adhérences fibreuses et péritonéales. Après avoir placé deux pinces de Kocher fortes sur le trajet de l'anse, on sectionne entre deux. Au thermocautère Paquelin on cautérise le moignon au-dessous de la pince, lie à la soie et fait par-dessus trois plans de suture en bourse après avoir ombiliqué le moignon cautérisé (deux profonds à la soie, un superficiel au catgut). Ceci fait sur chaque extrémité de l'anse, on noue ensemble les deux bouts de catgut libres pour amener une adhérence entre les deux moignons. De l'extérieur avait été arraché tout le moignon périphérique sectionné. On bourre l'orifice béant de la paroi de la fosse iliaque (3 centimètres) avec un tampon de gaze iodoformée et on fait la suture du péritoine, par la fosse iliaque interne, et on le tend comme un voile obturateur au-devant et au-dessus de l'orifice. Suture de la paroi abdominale. Pansement.

La plaie iliaque reste béante avec le tampon iodoformé au centre.

3 mars : Une selle après lavement.

8 mars : Selles régulières et normales, mais il faut toujours des lavements.

Plaie médiane en voie de cicatrisation per primam. Plaie iliaque bourgeonne rapidement.

16 mars : Selles spontanées.

24 mars : La malade commence à se lever.

16 avril : Etat général bon. Plaie iliaque fermée, pas de hernie.

18 avril : Quitte l'hôpital.

OBSERVATION IX

(Cette observation a été résumée *in Revue médicale de la Suisse romande*, 1900, page 446).

Hernie inguinale droite étranglée

22 mai 1900 : Kélotomie.

23 mai 1900 : Abouchement latéral. Résection de l'anse herniée.

V. A : 17 jours.

Entré le 22 mai 1900 : sorti le 8 juin 1900.

Anamnèse : Pas d'hérédité herniaire.

A la naissance pas d'anomalie des organes génitaux externes de l'enfant. Le 20 mai, le soir et pendant la nuit, l'enfant pleure et crie beaucoup. Il refuse toute nourriture et a des nausées. Le matin du 21 début des vomissements (qui persistent jusqu'à son arrivée à l'hôpital), très abondants, fréquents. En même temps arrêt complet des féces. En baignant l'enfant, les parents remarquent une tumeur anormale et récente dans la bourse droite. On donne le lundi matin (21) un lavement qui ne ramène qu'un peu de sang et des glaires. Le mardi soir (22), à 3 heures, un docteur appelé constate une hernie incarcerated, fait une ou deux tentatives de taxis sans résultat et envoie l'enfant à l'hôpital.

Status : Poumons et cœur normaux.

Le ventre, pas augmenté de volume, s'effile vers le bas et se termine au niveau de la région inguinale droite par une grosse tumeur à peu près cylindrique, se continuant et se terminant dans la bourse droite. La peau sur la tumeur est lisse, tendue, très rouge, un peu violacée et

légèrement plissée (épiderme en voie de se fendiller et de se dessécher).

Toute la tumeur a à peu près le volume de la dernière phalange d'un médius d'adulte.

A la palpation on constate : infiltration, oedème dur de la peau. Dans la bourse on sent, sortant du canal inguinal et de la cavité abdominale par un pédicule très net, gros comme un crayon, une tumeur allongée, longue de 3 centimètres, épaisse de $\frac{3}{4}$ de centimètre environ, de consistance dure ; tumeur irréductible paraissant en partie soudée aux parois internes du scrotum. Au niveau de l'orifice externe du canal inguinal la tumeur est rétrécie prise dans un collet étroit. Au fond de la bourse, un peu en arrière, testicule libre, dur et augmenté de volume.

Opération : 22 mai 1900. — Chloroforme, sans incident.

Incision parallèle au poupart à cheval sur la région de l'orifice externe du canal inguinal. Longueur : 3 centimètres. On arrive sur la vaginale que l'on fend et d'où il s'écoule quelques gouttes de liquide. Le sac ouvert, on trouve une anse grêle très longue, complète, allant jusqu'au fond de la bourse droite où elle est fixée à la paroi interne par des adhérences assez fortes, qu'on arrive cependant à détacher sans perforation. Testicule libre. On débride largement. L'anse herniée est une anse grêle longue de 8 centimètres ; la partie adhérente est hyperhémiee, friable, mais on voit agir la péristaltique. Il s'est formé au niveau exact de l'adhérence un petit diverticule en cul-de-sac. A 3 centimètres plus haut, correspondant au collet, l'anse présente un rétrécissement annulaire. N'osant réduire une anse suspecte de nécrose, on rentre les plis d'intestin grêle sortis grâce à la pression abdominale et on laisse dans la plaie toute une partie d'intestin grêle, anse longue de 4-5 centimètres entourée d'une compresse humide, eau stérilisée avec moitié d'eau salée (7 ‰).

23 mai 1900, — Bonne évacuation fécale diarrhéique, masses brunâtres, foncées dans la nuit.

Opération : Chloroforme, tranquille.

On attire en dehors l'anse herniée, laissée dans la compresse du pansement. L'extrémité, anciennement adhérente de l'anse grêle, présente deux taches parfaitement nécrotiques, violacées et noirâtres, on se décide alors à faire une anastomose latérale au niveau de l'anse saine et à réséquer l'anse nécrosée. On rapproche latéralement les portions afférente et efférente de l'anse herniée à environ 4-5 centimètres au-dessus de la région nécrosée. On suture les parois au moyen des trois plans ordinaires : séreuses (soie) musculaires, puis on fend les muqueuses et recoud ensuite sur l'autre bord, les trois parois. On obtient ainsi un orifice qui laisse passer la pulpe du doigt. Puis après avoir écrasé et lié à la soie les deux bouts de l'anse au-delà de la suture on ferme les moignons ainsi obtenus par deux rangs de suture en bourse, un à la soie, l'extérieur au catgut et l'on résèque l'anse libre avec son mésentère dont on a lié les vaisseaux. On refoule ensuite l'intestin au travers du canal inguinal qu'on élargit en fendant aux ciseaux sa paroi antérieure. On fait un pansement obturateur à plat.

23 mai 1900 : Dans l'après-midi et la soirée, deux selles normales. Prend le sein.

24 mai 1900 : Léger vomissement verdâtre. Bonne selle.

24 mai 1900 : Selles assez fréquentes.

31 mai 1900 : Selles normales. Plaie granule rapidement.

8 juin 1900 : Plaie cicatrisée. Etat général excellent. Bonnes selles. Quitte l'hôpital.

OBSERVATION X

Hernie crurale étranglée

17 juillet 1900 : Entéro-anastomose après débridement.

28 juillet 1900 : Suture d'un anus artificiel.

24 octobre 1900 : Fermeture de la fistule stercorale.

G. M., ménagère, 56 ans.

Entrée le 17 juillet 1900; sortie le 17 novembre 1900.

Pas d'hérédité herniaire.

Depuis dix ans environ, la malade a une hernie, qu'elle attribue aux efforts fréquents qu'elle a à faire. La hernie rentre dans le décubitus dorsal. Elle n'est jamais douloureuse. Depuis la fin de l'année 1899, la malade se plaint d'avoir des vomissements sans cause.

Le 15 juillet 1900, la malade est prise subitement, au cours d'une promenade, d'une très vive douleur dans le bas-ventre. Elle vomit aussitôt. Elle rentre chez elle malgré la douleur et a une selle spontanée, non diarrhéique. Elle s'alite, perd l'appétit, et vomit quelquefois un liquide verdâtre, acide. Douleurs dans tout l'abdomen.

Un médecin ordonne des cataplasmes et des gouttes calmantes.

Le 16 juillet, le médecin donne un lavement suivi de peu d'effet. La hernie était peu douloureuse et la peau intacte. Le médecin envoie la patiente à l'hôpital.

Status : Cœur, nihil.

Poumons, nihil.

Status local : Tumeur grosse comme un œuf de canard, siégeant au-dessous de l'arcade crurale; à sa partie interne, de forme ovoïde à grand axe parallèle à celui de la cuisse. Les limites en sont nettes, sauf au-dessus, où la tumeur se continue dans le ventre par un pédicule de la grosseur du pouce. Peau adhérente, œdématiée. Au toucher, la tumeur est ferme, résistante, presque dure. Palpation douloureuse. Percussion mate, légèrement tympanique. Le contenu de la tumeur est irréductible. Ventre tendu, ballonné, douloureux. Suppression complète des gaz et des selles.

Opération : Narcose à l'éther.

Incision de 3 centimètres parallèle à l'axe de la cuisse. Le sac herniaire est enveloppé d'une forte couche de graisse. On ouvre le sac et on débride. L'anse herniée présente en certains endroits une couleur grisâtre, terne,

à surface dépolie, ne réagissant pas à la solution physiologique. On décide alors un abouchement latéral.

Les anses intestinales les plus rapprochées de l'anse herniée sont attirées au dehors puis mises vis-à-vis. Une suture du péritoine longitudinale, longue de 3 centimètres, réunit les deux séreuses. Incision du péritoine de chaque côté et parallèlement à la suture. Suture des musculaires. Ouverture de la cavité intestinale de chaque côté de la suture. Une nouvelle suture à trois plans (muco-muqueuse, musculo-musculaire, séro-séreuse) faite dans l'ordre inverse ferme complètement la cavité intestinale. Hémostase difficile, vu l'abondance de l'hémorragie. L'anse herniée est laissée dehors.

19 juillet : Selle spontanée, bien moulée.

Le soir, selle aqueuse, fétide, 38°6.

21 juillet : Selle spontanée, 37°6.

25 juillet : L'anse herniée, accolée aux parois de la plaie, est perforée et laisse échapper des matières.

28 juillet : On suture aux parois de la plaie l'anus contre nature.

17 août : Cautérisation au Paquelin de l'anus contre nature pour en obtenir la fermeture. Apyrexie.

25 août : L'anus se rouvre, laisse échapper beaucoup de matières. Nouvelle cautérisation. Apyrexie.

18 septembre : La fistule stercorale continue à laisser couler les matières.

24 octobre : Opération. Narcose à l'éther.

On commence par passer un fil à travers l'orifice de la fistule afin de l'oblitérer, puis on la recouvre d'une compresse fixée à la peau par quelques points. Incision de 15 centimètres environ, parallèle au Poupart; l'orifice fistuleux est de la sorte situé 4 centimètres au-dessous du milieu de l'incision. On trouve l'anse anastomosée en parfait état; l'abouchement est long et les deux branches de l'anse solidement suturées. On sectionne circulairement la peau autour de l'orifice fistuleux et isole, couche par

couche, l'extrémité inférieure de l'anse herniée jusqu'à libération complète de toute adhérence. Ceci fait, l'anse est attirée hors de la plaie inférieure. On essaie alors de comprimer entre les mors du grand écraseur, à la fois, l'extrémité béante des deux branches intestinales, accolées en 8 de chiffre. L'anse se déchire, on passe alors à la suture en surjet de la muqueuse qu'on invagine, on fait cela deux fois à chaque anse séparément, puis enfin à l'extrémité inférieure de l'anse dans sa totalité. Le tout est refoulé dans le ventre. Les deux ouvertures de l'abdomen sont suturées.

2 novembre : Apyrexie. Lavement journalier.

10 novembre : Plaies guéries per primam. La malade se lève. Bandage avec pelote sur le canal crural. Ne va à selle qu'après lavement.

17 novembre : Selles régulières, de consistance normale. La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XI

Hernie crurale droite étranglée. — Eventration sous-ombilicale

26 septembre 1900 : Kélotomie. Abouchement latéral.

17 novembre 1900 : Fermeture de l'anus contre nature.
Cure radicale de la hernie ombilicale.

D. R., ménagère, 49 ans.

Entrée le 26 novembre 1900 ; sortie le 23 décembre 1900.

Anamnèse : Hérité herniaire du côté maternel. Il y a 19 ans, à la suite d'une grossesse, remarque sur la ligne médiane du ventre, sous l'ombilic, une tumeur ronde, réductible, gargouillant, augmentant de volume dans la station debout, rentrant spontanément au repos au lit. Pas douloureuse ordinairement.

Depuis cinq ans environ, sans cause connue, la malade

porte à la région inguinale droite, une petite tumeur, réductible spontanément, grosse comme un gros œuf de poule. Fréquemment, à la suite d'un effort, cette tumeur se produisait brusquement, très douloureuse, forçant la malade à s'aliter, parfois accompagnée de vomissements. Après quelques heures de repos tout cessait.

Le 22 septembre 1900, au matin, la tumeur devient tout à coup douloureuse. La malade essaye inutilement de la rentrer. Arrêt complet des matières et des gaz, souffre beaucoup et doit se mettre au lit. Un médecin appelé essaye le taxis, croit avoir rentré une anse intestinale, cependant il reste quelque chose dans la hernie. Dimanche 23, vomissements. Lundi 24, état reste le même. Rejette et souffre beaucoup. Mardi 25, le docteur revient, essaye un nouveau taxis sans résultat et envoie d'urgence la malade à l'hôpital. Aucune évacuation spontanée soit de selles, soit de gaz, jusqu'à maintenant.

Status. — Poumons : un peu d'emphysème.

Cœur : nihil.

Abdomen : palpation un peu douloureuse dans la fosse iliaque droite. Sur la ligne médiane et au-dessous [de l'ombilic, grosse tumeur arrondie, sous la peau qui est intacte, du volume d'une grosse orange, facilement réductible, sonore et gargouillante, pédiculée au travers d'un orifice de la paroi intestinale. Deux doigts peuvent pénétrer facilement par là dans la cavité abdominale.

Au niveau de la moitié interne du pli inguinal droit, on remarque une voussure allongée dans le sens du Poupart, grosse comme un petit concombre, avec forte rougeur de la peau au-dessus et autour. Au palper on constate une masse pseudo-fluctuante, égale, soudée aux tissus profonds. La masse dépasse en haut un peu le Poupart, paraissant sortir de l'orifice inférieur du canal crural, qu'on ne peut percevoir, et nettement pédiculée jusque dans la cavité abdominale. La tumeur piriforme arrive jusqu'au niveau de l'arcade pubienne, en dedans de la crête pecti-

néale, qu'elle dépasse même en bas. Tout à fait irréductible.

Très douloureuse au palper.

25 septembre 1900 : Opération : narcose à l'éther.

Incision parallèle à l'axe du corps, au-dessus de la tumeur, un peu en dedans de la moitié du Poupart. On arrive sur une tumeur, dont la forme rappelle celle d'une calebasse disposée horizontalement, fluctuante, de couleur violet bleu foncé, adhérente aux tissus voisins.

On fend ce sac qui est épais de plus de 2 millimètres en couches concentriques, et l'on arrive dans une cavité close, d'où sort un jet de liquide un peu rosé, trouble, sans odeur. On trouve dans cette cavité une seconde tumeur fluctuante, violacée, de la forme et de la taille du champignon dit « Pét de Loup ». On incise avec précaution. Il s'écoule un jet de liquide citrin, inodore. Dans le fond on voit une pointe d'anse grêle violet-noirâtre. On incise le sac dans toute sa longueur, 4 centimètres environ, débride le collet. On fend ainsi le Poupart sur une partie de son étendue. Ceci fait, on attire au dehors l'anse herniée. L'incarcération s'est faite aux dépens de toute la largeur d'une anse grêle, devant avoir débuté par un engagement latéral dont on reconnaît encore la forme. Comme la coloration est louche, qu'il y a peu de motilité péristaltique, qu'il y a de nombreuses suffusions sanguines, on décide un abouchement latéral. On attire davantage en dehors les anses supérieures, les applique en canon de fusil et procède au moyen de trois plans de suture (séreuse : catgut, musculaire et muqueuse : soie) ordinaires, à leur fixation et à leur abouchement latéral. On obtient ainsi une communication de 5 centimètres de longueur. A noter que l'anse présentait au-dessus du rétrécissement une coloration violacée et bleue, égale, des tissus mous et beaucoup plus vascularisés par stase que l'anse inférieure qui paraît saine et réagit bien comme péristaltique. L'abouchement terminé on rentre les anses suturées, laisse au

dehors, dans la plaie largement ouverte, l'anse incarcérée et suspecte de nécrose, après l'avoir entourée de gaze iodoformée.

25 septembre 1900 : Evacuation de gaz. Apyrexie.

26 septembre : Petit lavement glycériné, suivi d'une bonne évacuation de fèces.

27 septembre : Un petit orifice, livrant passage à des gaz et à du liquide à odeur fécaloïde, s'est formé sur une des plaques de nécrose de l'anse sortie.

12 octobre : Apyrexie, trois ou quatre selles liquides par la fistule ; par l'anús, les lavements ramènent de moins en moins de matières.

16 novembre : *Statu quo ante*.

17 novembre : Opération : Cure radicale de la hernie ombilicale. Fermeture de l'anús contre nature. Narcose à l'éther. Cure radicale de la hernie ombilicale. Fermeture de l'anús contre nature.

On soulève la cicatrice ombilicale et on l'extirpe en entier, avec les ciseaux en allant jusqu'au péritoine. Le defect, ainsi causé, est fermé par une suture solide.

Anús contre nature.

On dissèque d'abord l'abouchement de l'intestin de façon à le séparer de la paroi abdominale, à laquelle il adhère fortement à l'endroit de la perforation. On prépare ainsi de l'extérieur le trajet fistuleux de l'intestin à travers la paroi. Il constitue une sorte de moignon qu'on enveloppe dans une compresse stérile.

Puis on incise la peau à deux travers de doigts au-dessus et en dedans de l'anús contre nature, parallèlement au Poupart. Le péritoine ouvert on trouve l'anse anastomosée avec elle-même sur une longueur de plusieurs centimètres et entourée de quelques adhérences. Dégagée, on place sur l'anse une pince perpendiculaire à l'axe de l'anse et depuis l'extérieur on résèque le long de cette pince et la partie tombe à l'extérieur. Quant à la portion formant l'anastomose on l'attire dans la cavité abdominale ; on enlève la

pince et l'on ferme les deux bouts d'intestin chacun pour soi, en les invaginant par le procédé ordinaire (écrasement, Paquelin, ligature et deux fils), puis les deux extrémités sont en outre fixées l'une contre l'autre au catgut.

La cavité formée par le canal que suivait l'intestin pour s'ouvrir à la paroi est remplie d'un tampon iodoformé.

Pansement iodoformé.

18 novembre : Le matin un vomissement. Pas de selle.

19 novembre : Rhubarbe et lavement sans effet.

20 novembre : Huile de ricin et lavement suivis de plusieurs bonnes selles.

22 novembre : Huile de ricin 15.

23 novembre : Bonne selle. Plaies en bon état.

25 novembre : Selle spontanée.

16 décembre : Se lève tous les jours, plaies guéries, per primam.

23 décembre : Selles régulières, normales. La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XII

Hernie crurale droite étranglée

14 décembre : Kélotomie, entéro-anastomose.

P. M., ménagère, 55 ans.

Entrée le 14 décembre 1904, sortie le 3 février 1905.

Anamnèse : Pas de hernies dans la famille.

Il y a trois ans, à la suite d'une toux violente, la malade se fait une hernie crurale droite. Porte un bandage jusqu'au 13 décembre 1904. Ce jour-là, la malade ayant enlevé son bandage, la hernie sort et ne se laisse plus réduire. Bientôt après la malade ressent des douleurs, a des vomissements. Plus de selles ni de gaz. Un médecin mandé deux

heures après, échoue dans ses essais de taxis et envoie la malade à l'hôpital.

Status : Poumons, emphysème, quelques râles aux deux bases.

Cœur : Tons sourds.

Status local : On remarque au-dessous du Poupart droit une tumeur grosse comme un œuf de poule descendant du milieu du Poupart sur la cuisse. La tumeur n'augmente pas à la toux.

La palpation fait constater une tumeur de consistance ferme, à limites nettes ; la peau sur la tumeur n'est pas modifiée. Tumeur un peu douloureuse à la palpation.

Opérations : 14 décembre 1904. Chlorure d'éthyle.

Incision sur l'axe de la tumeur, perpendiculaire au Poupart. Le sac ouvert il s'en écoule un peu de liquide séro-sanguinolent. A l'intérieur on trouve de l'épiploon et une anse grêle, qui présente près de son mésentère une plaque de nécrose au début. On débride en bas et en dedans, attire l'anse et recouvre cette plaque par une suture séro-musculaire, mais en ce faisant on voit qu'on prend les vaisseaux mésentériques ; alors on pratique une anastomose en amont à trois plans comme d'habitude ; puis on laisse au dehors la région suspecte de l'iléon en passant une sonde cannelée dans le mésentère. Un point sur chaque extrémité de la plaie. Pansement vaseliné stérile.

15 décembre : Quelques vomissements, 39° 4.

16 décembre : 37° 8. Pas de douleurs. L'intestin dans la plaie se contracte.

20 décembre : Selles régulières.

5 janvier 1905 : L'anse laissée dehors s'est réduite de moitié, la plaie granule bien.

24 janvier : Anse complètement réduite. Va bien.

3 février : La malade guérie quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIII

Hernie inguinale droite étranglée

31 décembre 1904 : Kélotomie. Entéro-anastomose.

M. A., ménagère, 64 ans.

Entrée le 31 décembre 1904, sortie le 3 février 1905.

Anamnèse : Pas d'hérédité.

La malade a eu trois accouchements normaux. La patiente ne s'est jamais aperçue qu'elle eût une hernie. Le samedi 31 décembre 1904, elle travaille tout le matin. A 11 heures du matin elle ressentit tout-à-coup de vives douleurs dans le ventre et rejette une partie de son déjeuner. Un médecin appelé constata une hernie inguinale droite qu'il ne réussit pas à rentrer. Il envoya la malade à l'hôpital.

Status : Nihil.

Status local : On remarque, dans la région labio-inguinale droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La peau est tendue sur la tumeur, de couleur rouge foncé. Tumeur élastique rénitente, lisse, douloureuse à la pression, irréductible.

31 décembre 1904 : Opération. Mélange de Billroth.

Incision de 8 centimètres sur la tumeur. Il s'écoule du sac ouvert un liquide brunâtre. On trouve une anse intestinale noire. On débride en dedans et en haut. On laisse l'anse étranglée au dehors pendant quelques minutes, en l'arrosant d'eau salée. Elle reste immobile et flasque et ne change pas de couleur. On fait alors une anastomose latérale. On laisse l'anse étranglée dehors sur une sonde enveloppée d'une compresse de gaze iodoformée. Résection du sac. Pansement iodoformé. Vaseline sur l'anse.

Observations

2 janvier 1905 : Quelques vomissements.

22 janvier 1905 : Réduction se fait peu à peu ; la séreuse est recouverte d'un très fort exsudat fibrineux, épais.

La malade reste en cours de traitement.

3 février 1905 : La malade guérie quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV

Hernie inguinale droite étranglée. — Nécrose du testicule droit.

7 octobre 1905 : Kélotomie et entéro-anastomose.

16 octobre 1905 : Castration.

P. J..., agriculteur, 73 ans.

Entré le 6 octobre 1905 ; sorti le 2 décembre 1905.

Anamnèse : Parents morts âgés. Le père avait une hernie. A l'âge de 28 ans, après un effort fait en soulevant un sac de blé, apparut une hernie inguinale droite. Le malade porta dès lors un bandage et ne fut pas incommodé par son infirmité jusqu'au 5 octobre 1905. Ce jour, après un travail pénible, le malade ressentit le soir, en rentrant, des douleurs dans la région inguinale droite. Un médecin mandé reconnaît une hernie inguinale droite irréductible. Vomissements alimentaires, puis fécaloïdes. Evacuation de gaz et de matières.

Etat général et local : A l'entrée, l'état général est satisfaisant.

Poumon emphysémateux. Rien aux autres viscères.

A l'inspection, on voit une grosse tumeur siégeant dans la bourse droite et la remplissant complètement.

Peau normale.

A la palpation, cette tumeur est fluctuante à surface lisse, régulière, douloureuse, à limites nettes, se continuant par un pédicule dans le canal inguinal. A sa partie inférieure cette tumeur est nettement séparable du testicule, qui est gros et présente une collection liquide dans la vaginale.

6 octobre 1905 : Opération. Opérateur : Dr Senn. Anesthésie à l'éther sans incidents.

Incision inguinale droite. Ouverture du sac qui contient un liquide rouge-brun et une anse grêle noirâtre. On fraise la paroi antérieure du canal inguinal. Comme l'anse étranglée paraît parétique, on pratique une entéro-anastomose latérale au-dessus de l'étranglement, puis refoule le tout dans le ventre. Séparation du sac des éléments du cordon, puis on fait un Bassini. Deux points en V pour la paroi postérieure. Cinq points simples pour la paroi antérieure. Ponction de l'hydrocèle. Drainage. Agrafes pour la peau.

Réveil facile. Pas de vomissements.

7 octobre 1905 : Nuit bonne. Apyrexie. Le malade ne souffre pas du ventre. Lavement qui fait bon effet.

8 octobre 1905 : Les bourses, le pénis sont ecchymotiques par un hématome.

9 octobre 1905 : Pansement. La plaie est un peu rouge.

10 octobre 1905 : *Idem*. Le champ opératoire reste rouge, légèrement voussuré. Ni douleur, ni T.

11 octobre 1905 : La plaie est bien rouge. On détache les agrafes au pôle supérieur de la plaie. Pansement humide au sublimé. Sécrétion abondante à travers le drain.

12 octobre 1905 : Erythème causé par le sublimé. On cesse et remet de l'alcool. T. 38°2.

14 octobre 1905 : Pansement. *Statu quo*. Sécrétion purulente, fétide, à travers la peau du scrotum. Sphacèle et nécrose.

15 octobre 1905 : On fend largement le scrotum pour donner issue à un liquide purulent de mauvaise odeur.

16 octobre 1905 : Castration. Opérateur : Dr Senn.

Anesthésie à l'éther.

On ouvre largement la plaie à travers l'ancienne incision et on met tout le cordon et le testicule à nu. Ligature du cordon et section de celui-ci. Hémostase. Drain et mèche de gaze iodoformée. On ferme la plaie par des points séparés au crin de Florence. Pansement antiseptique.

Le testicule, l'épididyme, le cordon sont augmentés de volume ne laissant guère reconnaître la structure à cause de la présence de nombreux foyers de nécrose.

Réveil facile. Opération bien supportée. Pas de vomissements. La température tombe.

17 octobre 1905 : La plaie se déterge bien. Le malade va mieux.

19 octobre 1905 : Digestion bonne. Selles régulières.

21 octobre 1905 : On change le pansement. La plaie est un peu rouge.

On fait sauter un point il s'écoule une quantité abondante de pus. On enlève tous les points. Lavage et pansement antiseptique.

22 octobre 1905 : On change le pansement. La plaie sécrète moins abondamment. Apyrexie.

24 octobre 1905 : Plaie bien bourgeonnante. 38°2 le soir, Bronchite intense des deux côtés en arrière. Ammoniaque anisée toutes les deux heures, dix gouttes.

25 octobre 1905 : Apyrexie. Le malade tousse beaucoup.

26 octobre 1905 : Plaie satisfaisante.

27 octobre 1905 : *Idem*. La bronchite a diminué.

1^{er} novembre 1905 : La plaie ne sécrète presque plus. Les bourgeons granulent bien. L'épidermisation commence. Apyrexie. Les poumons sont bien dégagés.

5 novembre 1905 : Etat général bon. La cicatrisation fait peu de progrès. Bourgeons peu élevés. Peu de sécrétion.

8 novembre 1905 : L'épidermisation n'avance toujours pas. Des douleurs apparaissent au niveau du testicule gauche qui est augmenté de volume. La peau est rouge. Pas d'écoulement.

13 novembre 1905 : La plaie va bien mais se ferme très lentement. La peau du scrotum est rouge, douloureuse, oedématisée.

On fait une ponction qui retire quelques gouttes d'un liquide sanguinolent. Pont et cataplasmes chauds.

18 novembre 1905 : La réparation avance extrêmement

lentement. La plaie se ferme un peu en haut tandis qu'en bas il y a un peu de sécrétion. Le scrotum gauche est moins dur et moins infiltré.

24 novembre 1905 : Enflure et rougeur du scrotum gauche bien disparues. L'infiltration persiste. Les douleurs à la palpation sont moins accusées.

28 novembre 1905 : Le malade se lève un peu.

30 novembre 1905 : Le malade continue à bien aller. La plaie se ferme en haut. En bas il existe encore de la sécrétion purulente.

1^{er} décembre 1905 : Le malade va bien. La longueur de la plaie ouverte est de 8 centimètres environ.

2 décembre 1905 : Le malade rentre chez lui. Bon état général. La plaie herniaire est fermée par deuxième intention. Canal fermé. Pas de pointe en toussant. Selles régulières. La plaie de la castration reste ouverte sur 7 centimètres de long et 3 centimètres de large.

Scrotum gauche encore infiltré, mais indolore.

Testicule ferme et indolore.

OBSERVATION XV

Hernie crurale droite étranglée. (Gangrène de l'intestin)

4 janvier 1906 : Kélotomié. — Entéro-anastomose.

C. L., ménagère, 58 ans.

Entrée le 4 janvier 1906 ; exitus 6 janvier 1906.

Anamnèse : Il y a 10 ans, la malade a remarqué une hernie crurale droite qui jusqu'à ce jour n'avait jamais causé de symptômes. La malade n'a pas porté de bandage. Il y a cinq jours se déclare une bronchite avec toux violente. Pendant les accès de toux la tumeur herniaire est le siège de douleurs. Au bout de deux jours apparaissent des vomissements bilieux qui cessent le même jour. Le ventre reste douloureux. Un lavement pris hier a ramené

des matières et les douleurs ont diminué. Un nouveau lavement pris ce matin augmente la tension et le ballonnement du ventre. La malade a la langue sèche, l'haleine fétide et du hoquet. Le médecin l'envoie d'urgence à l'hôpital.

Etat général et local : Femme de grande taille, à pannicule adipeux fortement développé. Facies souffrant mais non grippé. Pouls inégal, irrégulier, petit.

Cœur : Arythmie. Pas de souffle.

Poumons : Râles sibilants et ronflants en avant et sous les aisselles.

Le ventre est peu ballonné, souple à la palpation mais sensible à la pression au niveau de la fosse iliaque droite. Rien à la percussion.

On constate que la peau de la région supéro-interne du triangle de Scarpa à droite est rouge, tuméfiée. Tuméfaction à limites nettes, du volume d'un œuf de poule située au niveau de l'anneau crural, passant près de l'épine du pubis en dedans, remontant en haut jusqu'à un travers de doigt au-dessus du Poupart; en dehors elle couvre l'artère fémorale. En bas la tumeur descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du Poupart. La tumeur est ferme, un peu lobulée, douloureuse à la pression, mate à la percussion et irréductible.

4 janvier 1906 : Opération. Opérateur : Dr Campiche.

Durée : 4 heures. Pas d'anesthésie.

Incision longitudinale sur le grand axe de la tumeur.

On divise la peau, le tissu sous-cutané et une forte atmosphère graisseuse qui semble déjà appartenir à la tumeur et dans laquelle on trouve un sac fortement tendu à paroi jaunâtre suspecte.

On incise le sac d'où s'échappe une quantité de 2 à 3 cuillerées à soupe d'un liquide sanguinolent à odeur fétide. Dans le fond du sac on aperçoit une anse intestinale de couleur brun-noir, à surface dépolie, fortement appliquée contre le Poupart et le ligament de Gimbernat.

On débride en haut et en dedans avec grand' peine mais sans léser l'intestin qui se laisse alors attirer à l'extérieur. L'anse suspecte a 6-7 centimètres de long ; elle est immobile et de couleur très sombre. On la rabat en haut et pratique sur l'anse efférente et afférente une anastomose latéro-latérale a trois plans de sutures.

La malade étant très pâle, à bout de forces et avec un pouls très mauvais, on termine l'opération en passant une mèche de gaze iodoformée à travers le méso de l'anse herniée qui a une forte tendance à rentrer dans l'abdomen et laisse toute l'anse dehors.

A noter encore que l'anse efférente, quoique ayant une bonne circulation, a une séreuse qui se déchire facilement dans la tentative d'anastomose.

Pansement à la gaze iodoformée.

La malade reprend un peu ses forces dans son lit. Le pouls encore inégal est meilleur et mieux frappé que pendant l'opération.

Huile camphrée. — Strychnine. — Champagne.

5 janvier 1906 : Crachats purulents. Dyspnée. Agitation. Pouls mauvais, irrégulier.

L'abdomen est un peu tendu. La malade a une petite selle ce matin avec un lavement. Les gaz passent abondamment.

6 janvier 1906. — Respiration de plus en plus embarrassée. Pouls mauvais. La malade est agitée. Un lavement ne provoque pas de selle, mais les gaz passent.

Au pansement : on trouve l'anse herniée en état de bonne circulation mais distendue par les gaz. L'extrémité est nettement gangrenée mais pas encore ouverte.

L'après-midi la malade succombe. A vomi un peu avant. L'autopsie n'a pas pu être faite.

OBSERVATION XVI

Hernie crurale droite étranglée

29 août 1906 : Kélotomie. Résection d'intestin. Anastomose au Murphy.

B. P., ménagère, 75 ans.

Entrée le 29 août 1906 ; exitus : 30 août 1906.

Anamnèse : A une hernie crurale droite depuis quinze ans. A toujours porté un bandage jusqu'au commencement de 1906. A ce moment, on le change, mais le nouveau ne contient pas la hernie. Celle-ci est toujours dehors.

La malade souffrait de maux de ventre et de coliques fréquentes depuis un an environ.

Jeudi dernier, 23 août 1906, la malade est prise de violentes coliques, et toute la nuit de vomissements. La hernie était devenue dure, grosse comme une mandarine et irréductible.

Le lendemain matin, les vomissements continuent, un médecin appelé essaye le taxis, sans résultat, prescrit des cataplasmes, puis le lendemain, voyant que la hernie ne rentrait pas, il conseille à la malade l'entrée d'urgence à l'hôpital. Cette dernière s'y refuse. Depuis lors, elle continue à vomir tout ce qu'elle prend. Depuis lundi 27 août, ces vomissements sont fécaloïdes.

N'a plus eu de selle ni de gaz depuis jeudi 23 août. Le ventre s'est peu à peu ballonné, mais il est resté indolore à la pression.

A pris ce matin de l'huile de ricin qui augmenta les douleurs. Ne tousse pas.

Etat général et local. — Vieille femme très ridée, amaigrie, au teint sub-ictérique. Muqueuses peu colorées, langue saburrante, sèche, 100 au poulx, régulier, de tension faible.

Rien au cœur ni aux poumons.

Abdomen : un peu ballonné. Les parois sont très minces, dépressibles. L'on voit très nettement des anses distendues animées d'un fort mouvement péristaltique.

A la racine de la cuisse, on remarque au-dessous du Poupart une tumeur ovoïde comme une mandarine, interne par rapport aux gros vaisseaux.

Cette tumeur est irréductible, légèrement bosselée, de consistance élastique rénitente. Elle est mate à la percussion, légèrement douloureuse à la palpation.

29 août 1906 : Opération. Opérateur : Dr Campiche.

Anesthésie : Billroth sans incidents.

Incision sur la hernie. On arrive bientôt sur le sac qu'on ouvre et qui contient un peu de liquide.

Une anse intestinale, grêle, complètement nécrosée, est attirée après avoir débridé. A la limite d'étranglement, on aperçoit un sillon blanchâtre. Les bouts afférent et efférent de l'anse étranglée sont oedématisés et rigides.

On abouche alors une anse intestinale au-dessus de la ligne de démarcation à une autre se trouvant au-dessous, au moyen d'un bouton de Murphy et d'un surjet à la soie.

Puis on résèque l'anse gangrenée et invagine les moignons réséqués.

On laisse le tout en dehors de la cavité abdominale. Pansement stérile.

Réveil facile. Pouls, 120.

Transfusion d'eau salée. Alcool. Lavement.

30 août 1906 : A eu deux selles abondantes cette nuit. Continue à avoir très soif. Pouls 120, régulier. Pas de vomissements, pas de douleurs.

A partir de midi, le pouls commence à devenir petit et rapide. Extrémités froides.

A 2 heures, exitus.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un foie très petit et un épiploon qui recouvre les anses intestinales et qui est adhérent aux anses extériorisées et aux parois du petit bassin, à droite.

L'intestin est légèrement météorisé et hyperémié.

Les poumons ne se rétractent pas à l'ouverture du thorax. Ils sont fixés à la paroi par des adhérences nombreuses, mais assez friables. Les plèvres sont légèrement hyperémiées.

Le péricarde contient un peu de liquide citrin. Quelques taches laiteuses à la surface du cœur, qui est de consistance molle et de couleur feuille morte. Rien aux valvules.

Edème pulmonaire des deux côtés.

L'entéro-anastomose se trouve à environ 2 mètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le grand épiploon est adhérent au collet du sac. Au niveau de la dernière anse grêle, le mésentère est raccourci par une bride qui le fixe à la ligne innominée et au ligament large.

Le foie est très petit et présente à la coupe les caractères de l'atrophie brune.

Rien de spécial du côté de l'appareil génito-urinaire.

OBSERVATION XVII

Hernie crurale gauche étranglée

7 novembre 1907 : Kélotomie et abouchement latéro-latéral de l'anse grêle.

A. Z., ménagère, 52 ans.

Entrée le 7 novembre 1907. Sortie 27 novembre 1907.

Anamnèse : A l'âge de 33 ans à la suite d'un effort apparut une hernie. Elle rentrait facilement et était aisément maintenue par un bandage. N'a jamais eu de vomissements.

Hier, le 6 novembre 1907 à 11 heures du matin la patiente descendait une « côte » avec une charge de bois sur les bras. Elle fait un faux pas, glisse et tombe sur le côté droit. Il lui semble alors que sa jambe gauche s'étend et elle éprouve une vive douleur au niveau de sa hernie. Elle se

relève, s'assied et enlève son bandage, la hernie n'est pas sortie mais la malade éprouve une grande douleur à l'aîne.

La patiente rentre chez elle à grand peine, ne dine pas, L'après-midi surviennent des vomissements verdâtres, glaireux. Pas de selle, pas de gaz. Coliques violentes.

Le médecin appelé le soir fait deux ou trois tentatives de taxis sans résultat et envoie la malade à l'hôpital.

Etat général et local : Femme de petite taille, d'aspect souffreteux. Facies grippé, pannicule adipeux et musculature moyennement développés.

Cœur et poumons normaux.

Température 38°1 : pouls 84 plein, régulier.

Ventre ballonné, sonorité tympanique,

Dans la région crurale gauche on remarque une voussure comme une moitié de mandarine. La peau à ce niveau est rouge, non adhérente aux plans profonds. La tumeur est dure, immobile, irréductible, très douloureuse à l'orifice crural. Les vaisseaux fémoraux battent en dehors de la tumeur.

7 novembre 1907 : Opération d'urgence. Opérateur : Professeur Roux.

Anesthésie : Billroth sans incidents.

Incision de 6 centimètres en plein sur la voussure.

Peau. Tissu sous-cutané. On a beaucoup de peine à dissocier les éléments du sac. Les couches profondes sont si adhérentes qu'il est tout à fait impossible d'ouvrir le sac sans léser l'intestin. Il s'écoule du sac un liquide citrin jaunâtre. L'intestin est brun, il y a un anneau nécrosé. On débride par multiples petites incisions dans l'orifice. Ensuite on sort un peu d'intestin qui a bonne façon.

Adossement postérieur au catgut. Incision et suture séro-musculaire à la soie. Incision et suture muco-muqueuse à la soie. Suture séro-musculaire antérieure à la soie.

Séro-séreuse au catgut. Puis surjet de la perforation au catgut. Par-dessus on fait encore deux surjets au catgut en invaginant un peu plus.

Après avoir agrandi les incisions de débridement on réussit à refouler l'intestin dans l'abdomen. Drainage Peau — Agrafes.

Pansement stérile.

Suites opératoires : Réveil facile. Vomissements.

9 novembre 1907 : Etat général bon. Lavement. Pas de vomissements.

11 novembre 1907 : La plaie a bon aspect. Le drain fonctionne bien. On le laisse en place. Lavement.

13 novembre 1907 : On enlève les agrafes et les crins de Florence. Guérison per primam. On remplace le drain par une mèche iodoformée. Lavement. Alimentation ordinaire.

15 novembre 1907 : Erythème iodoformique autour du trou du drain. On supprime l'iodoforme et change le drain.

18 novembre 1907 : L'érythème iodoformique est guéri. Le trou du drain se comble rapidement. Lavement.

20 novembre 1907 : On enlève définitivement le drain.

Pansement stérile. Lavement.

Huile de ricin intus.

21 novembre 1907 : Selle spontanée. La malade tousse. Quelques râles dans les grosses bronches. Ventouses.

25 novembre 1907 : Plaie du drain est guérie. Pansement. Etat général parfait.

27 novembre 1907. — La malade quitte l'hôpital.

Dans la région crurale gauche on remarque une cicatrice parallèle à la direction des vaisseaux, remontant sur le Poupart, large de 7 centimètres, Linéaire sur les 5 centimètres supérieurs, un peu étoilée, irrégulière à sa partie inférieure.

Quand la patiente tousse on sent un choc à la place de l'orifice crural et on remarque une légère voussure.

CONCLUSIONS

1° L'entéro-anastomose par abouchement latéral peut rendre de grands services dans le traitement de la gangrène herniaire.

2° Elle semble constituer un mode d'intervention rapide avec un minimum de choc.

3° Elle demande moins d'habileté que la résection primitive suivie d'entérorraphie circulaire.

4° On n'a pas avec cette opération à se préoccuper des difficultés provenant des différences de calibre des anses intestinales en présence.

5° La solidité de l'anastomose s'obtient aisément en faisant un tour supplémentaire de sutures séro-séreuses.

6° En empêchant la dénutrition et en rétablissant immédiatement le cours normal des matières l'entéro-anastomose latéro-latérale améliore les conditions des interventions secondaires.

Vu :

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 23 Mars 1909

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBERTIN. — Province Médicale, 1898.
ANDRAUD. — Thèse de Paris, 1899.
BARETTE. — Thèse de Paris, 1883.
BERGER. — *In* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
BECK. — Archiv. für Klinische Chirurgie, 1880.
BLAIN. — Thèse de Lyon, 1900.
BOUILLY. — Revue de chirurgie, 1881.
BOUILLY ET ASSAKY. — Revue de chirurgie, 1883.
CHAPUT. — Congrès français de chirurgie, 1889.
— Archives générales de médecine, 1890 et 1891.
— Procès-verbaux de la Société de chirurgie, 1894.
COPPENS. — Bulletin médical, Paris 1888.
DAYOL. — Archives Provinciales de chirurgie, Paris 1895.
FORGUE ET RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
FRANCOZ. — Thèse de Lyon, 1899.
GUINARD. — Bulletin général de thérapeutique, 1894.
— Congrès français de chirurgie, 1895.
GOLEFF. — Thèse de Nancy, 1899.
HELFERICH. — Fortschritt. der Medizin, 1888.
— Von Langenbeck, Archiv., 1891.
HOUZEL. — Congrès français de chirurgie, 1898.
JABOULAY. — *In* Le Dentu et Delbet.
— Province Médicale, 1895.
— Lyon Médical, 1900 et 1901.

- JULLIARD. — Revue médicale de la Suisse romande, 1882 et 1897.
- KREDEL. — Centralblatt für Chirurgie, 1890.
- KUMMER. — Revue médicale de la Suisse romande, 1897.
- LE DENTU. — Congrès français de chirurgie, 1895.
- MALÉCOT. — Thèse de Paris, 1899.
- MARIN. — Thèse de Paris, 1891.
- MONPROFIT. — Congrès français de chirurgie, 1898.
- PETITJEAN. — Thèse de Paris, 1899.
- POIRIER. — Thèse de Bordeaux, 1894.
- ROUX. — Comptes rendus du XIII^e Congrès international de médecine, 1900.
- SALZWEDEL. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1890.
- SOULIGOUX. — Comptes rendus du XIII^e Congrès international de médecine, 1900.
- VILLARD. — Comptes rendus du IX^e Congrès français de chirurgie.
— Lyon médical, 1894 et 1896.
- WILDA. — Thèse de Greifswald, 1890.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	41
Signes cliniques de la gangrène herniaire.....	43

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE

CHAPITRE I. — La vitalité de l'intestin est douteuse .	49
CHAPITRE II. — Gangrène herniaire limitée.....	23
1° Petites perforations.....	23
2° Sphacèle limité.....	25
CHAPITRE III. — Gangrène herniaire étendue.....	33

A. — Méthode en 1 temps

I.— Entérectomie et entérorraphie circulaire totale.....	34
Indications et contre-indications	41
II.— Méthode mixte de Bouilly et Assaky.....	41
III.— Entérectomie et Boutons anastomotiques,....	42
Indications et contre-indications	48
IV.— Entérectomie et entérorraphie longitudinale..	49

B. — Méthode en 2 temps

I.— Anus contre nature	52
Indications de l'anus contre-nature.....	59

II.— Traitement de la gangrène herniaire par l'entéro-anastomose sans résection primitive...	60
Indications et contre-indications	68
a) Procédé de Helferich	68
b) Procédé de Roux	77
c) Observations	70 et 80
3° CONCLUSIONS	111
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	113

